

**Programa psicoeducativo para la prevención de la conducta suicida en adolescentes
escolarizados: un aporte desde la perspectiva de factores protectores**

Clara Inés Quenan Chañag, Psic.

**Universidad de Nariño
Facultad de Ciencias Humanas
Departamento de Psicología
Maestría en Promoción y Prevención en Salud Mental
San Juan de Pasto
2023**

**Programa psicoeducativo para la prevención de la conducta suicida en adolescentes
escolarizados: un aporte desde la perspectiva de factores protectores**

Clara Inés Quenan Chañag, Psic.

**Trabajo de investigación presentado como requisito para optar al título de Magister en
Promoción y Prevención en Salud Mental**

Asesor:

Fredy Hernán Villalobos Galvis, Psic. PhD.

**Universidad de Nariño
Facultad de Ciencias Humanas
Departamento de Psicología
Maestría en Promoción y Prevención en Salud Mental
San Juan De Pasto
2023**

Nota de Responsabilidad

“Las ideas y conclusiones aportadas en el siguiente trabajo de investigación son responsabilidad exclusiva de los autores” Artículo 1ro del Acuerdo No. 324 de octubre 11 de 1966 emanado del Honorable Consejo Directivo de la Universidad de Nariño.

Nota de Aceptación

Fecha de sustentación: octubre de 2023

Puntaje:

Mg. Ana Karen Ceballos Mora

Jurado

Mg. Oscar Ovalle Peña

Jurado

Mg. Javier Bastidas Erazo

Jurado

San Juan de Pasto, Octubre de 2023

Resumen

Las conductas suicidas en adolescentes colombianos presentan una tendencia creciente. Aunque este fenómeno es evitable, son pocas las investigaciones que plantean modelos o estrategias de intervención para prevenirlo, y de éstas, la mayoría se han enfocado en factores de riesgo y pocas en el fortalecimiento de factores protectores; por ello, el presente estudio tuvo por objetivo determinar la eficacia del Programa Escuelas que Protegen[EP] en el fortalecimiento de factores protectores asociados a la prevención de conductas suicidas en estudiantes que cursan grados sexto y séptimo de secundaria. La muestra estuvo conformada por 173 estudiantes y sus padres. El estudio empleó un diseño cuasiexperimental con medida pre-prueba post-prueba y grupos intactos, dos de ellos cuasiexperimentales y dos de cuasi-control, se administraron cuatro instrumentos de evaluación antes y después de la aplicación del Programa: la Escala de autoestima de Rosenberg, la Escala Multidimensional de Apoyo Social MPSS, la Escala de Afrontamiento para Adolescentes ACS y el APGAR familiar. Los datos fueron analizados mediante el paquete estadístico Stat Graphics. Los resultados muestran que el Programa EP aumentó significativamente las puntuaciones en Apoyo Social percibido y Funcionalidad Familiar; sin embargo, no se presentaron cambios estadísticamente significativos en los Estilos de Afrontamiento, y aunque la variable autoestima presentó un incremento, este no fue significativo. Finalmente, se recogen aspectos significativos de la experiencia de implementación del Programa EP, entre ellos: los aspectos psicosociales relacionados con la participación de las familias en el programa EP, los logros percibidos, las debilidades y fortalezas del programa y las oportunidades de mejora, elementos que en conjunto constituyen un insumo importante para el fortalecimiento de ésta y otras estrategias dirigidas al fortalecimiento de factores protectores ante las conductas suicidas.

Palabras clave: conducta suicida, prevención primaria, factores protectores, programa psicoeducativo, adolescentes.

Abstract

Suicidal behaviors in Colombian adolescents show a growing trend. Although this phenomenon is avoidable, there are few investigations that propose intervention models or strategies to prevent it, and of these, most have focused on risk factors and few on strengthening protective factors; For this reason, the objective of this study was to determine the effectiveness of the Protecting Schools Program [EP] in strengthening protective factors associated with the prevention of suicidal behaviors in students who attend sixth and seventh grades of secondary school. The sample consisted of 173 students and their parents. The study used a quasi-experimental design with a pre-test, post-test measure and intact groups, two of them quasi-experimental and two quasi-control, four evaluation instruments are administered before and after the application of the Program: the Rosenberg Self-Esteem Scale, the Multidimensional Scale of Social Support MPSS, the Coping Scale for Adolescents ACS and the family APGAR. Data were analyzed using the Stat Graphics statistical package. The results show that the EP Program significantly increased the evaluations in Perceived Social Support and Family Functionality; However, there were no statistically significant changes in Coping Styles, and although the self-esteem variable presented an increase, it was not significant. Finally, significant aspects of the implementation experience of the EP Program are collected, including: psychosocial aspects related to the participation of families in the EP program, perceived achievements, weaknesses and strengths of the program and opportunities for improvement, elements that Together they constitute an important input for strengthening this and other strategies aimed at strengthening protective factors against suicidal behaviors.

Keywords: suicidal behavior, primary prevention, protective factors, psychoeducational program, teenagers.

Tabla de Contenido

Resumen	v
Abstract.....	vi
Capítulo 1. Problema	11
Planteamiento del Problema	11
Formulación del problema.....	14
Justificación	14
Objetivo general	17
Capítulo 2. Marco de referencia	17
Marco teórico.....	17
Conductas suicidas	17
Ideación suicida.	18
Plan suicida.....	18
Intento de suicidio.	18
Suicidio.....	18
Sobre el concepto de factores Protectores	19
Factores protectores específicos para la prevención de la conducta suicida	20
Autoestima.....	20
Afrontamiento.....	21
Funcionalidad familiar.....	21
Prevención	23
Prevención Primaria.	23
Marco de antecedentes.....	24
Estudios que abordan los factores protectores ante las conductas suicidas.....	24
Marco contextual	27
Capítulo 3 Materiales y Método	28
Tipo de proyecto según acuerdo de trabajo de grado	28
Paradigma epistemológico.....	28
Paradigma metodológico	28
Tipo de estudio	29

Diseño.....	29
Población	29
Muestra.....	29
Técnicas e instrumentos de recolección de información	30
Procedimiento.....	31
Plan de análisis de datos	33
Aspectos éticos y bioéticos.....	34
Capítulo 4. Resultados, discusión y conclusiones	35
Diseño del Programa Psicoeducativo para la Prevención de las Conductas Suicida en adolescentes escolarizados-EP	35
Descripción del Programa	35
Evaluación del programa por jueces expertos	35
Efectos del Programa EP sobre los factores protectores asociados a la prevención de las conductas suicidas en adolescentes escolarizados	37
Efectos del Programa Escuelas que Protegen sobre la Autoestima.....	38
Efectos del Programa EP sobre la funcionalidad familiar	40
Efectos del Programa EP sobre el Apoyo Social.....	41
Efectos del Programa EP sobre el afrontamiento	45
Experiencia de implementación del Programa EP	50
Logros percibidos	51
Aspectos psicosociales relacionados con la participación de las familias.....	53
Fortalezas y debilidades del Programa EP.	54
Aportes para el fortalecimiento del Programa EP	55
Discusión	57
Conclusiones.....	63
Limitaciones y recomendaciones.....	63
Referencias	65
Anexos	77
Anexo A. Programa psicoeducativo para la prevención de la conducta suicida	77
Anexo B. Permiso Institucional.....	91
Anexo C. Formato de Consentimiento asistido	92

Lista de Tablas

Tabla 1 <i>Evaluación general del Programa EP</i>	36
Tabla 2 <i>Evaluación de sesiones dirigidas a estudiantes</i>	37
Tabla 3 <i>Comprobación de normalidad de los datos</i>	37
Tabla 4 <i>Estadísticos descriptivos de Autoestima, según medidas y grupos</i>	39
Tabla 5 <i>Contrastes múltiples de Autoestima, de acuerdo con medidas y grupos</i>	39
Tabla 6 <i>Estadísticos descriptivos de Funcionalidad familiar, según medidas y grupos</i>	40
Tabla 7 <i>Contrastes múltiples de funcionalidad familiar, de acuerdo con medidas y grupos</i> ..	41
Tabla 8 <i>Estadísticos descriptivos de Apoyo Social percibido de la familia, según medidas y grupos</i>	41
Tabla 9 <i>Contrastes múltiples de Apoyo social de familia, de acuerdo con medidas y grupos</i> ..	42
Tabla 10 <i>Estadísticos descriptivos de Apoyo Social percibido de amigos, según medidas y grupos</i>	42
Tabla 11 <i>Contrastes múltiples de Apoyo social percibido de amigos, de acuerdo con medidas y grupos</i>	43
Tabla 12 <i>Estadísticos descriptivos de Apoyo social percibido de otros significativos, según medidas y grupos</i>	44
Tabla 13 <i>Contrastes múltiples de apoyo social percibido de otros significativos, de acuerdo con medidas y grupos</i>	44
Tabla 14 <i>Estadísticos descriptivos de Afrontamiento activo, según medidas y grupos</i>	45
Tabla 15 <i>Estadísticos descriptivos de Afrontamiento no productivo, según medidas y grupos</i>	46
Tabla 16 <i>Estadísticos descriptivos de distanciamiento en general, según medidas y grupos</i> ..	47
Tabla 17 <i>Estadísticos descriptivos de Búsqueda de apoyo emocional, según medidas y grupos</i>	48
Tabla 18 <i>Estadísticos descriptivos de interpretación positiva, según medidas y grupos</i>	48
Tabla 19 <i>Estadísticos descriptivos de búsqueda de apoyo social instrumental según medidas y grupos</i>	49

Tabla 20 <i>Contrastes múltiples de búsqueda de apoyo social instrumental, de acuerdo con medidas y grupos</i>	50
---	----

Lista de Figuras

Figura 1 <i>Procedimiento de la investigación</i>	34
Figura 2 <i>Gráfico de Mediana de Autoestima con intervalos de 95% de confianza</i>	39
Figura 3 <i>Gráfico de Medianas APGAR con intervalos de 95% de confianza.....</i>	40
Figura 4 <i>Gráfico de Medianas Zimet Familia con intervalos de 95% de confianza.....</i>	41
Figura 5 <i>Gráfico de Medianas Zimet amigos con intervalos de 95% de confianza.....</i>	43
Figura 6 <i>Gráfico de Medianas Zimet otros significativos con intervalos de 95% de confianza</i>	44
Figura 7 <i>Gráfico de Medianas Afrontamiento Activo, con intervalos de 95% de confianza ...</i>	45
Figura 8 <i>Gráfico de medianas Afrontamiento no productivo, con intervalos de 95% de confianza.....</i>	46
Figura 9 <i>Gráfico de medianas Distanciamiento en general, con intervalos de 95.0% de confianza.....</i>	47
Figura 10 <i>Gráfico de medianas Búsqueda de apoyo social emocional, con intervalos de 95.0% de confianza</i>	48
Figura 11 <i>Gráfico de medianas Interpretación positiva, con intervalos de 95,0%</i>	49
Figura 12 <i>Gráfico de medianas Búsqueda de apoyo social instrumental, con intervalos de 95,0%.....</i>	50
Figura 13 <i>Evaluación de sesiones por parte de estudiantes</i>	51
Figura 14 <i>Elementos significativos de la experiencia de implementación del Programa EP..</i>	56

Capítulo 1. Problema

Planteamiento del Problema

El suicidio constituye un problema de salud pública a nivel mundial, pues más de 703.000 personas se suicidan cada año, lo que representa una muerte cada 40 segundos (Organización Mundial de la salud, [OMS], 2019). Este fenómeno va en aumento en todos los países del mundo, sobre todo en la población adolescente y joven (Cañón y Carmona, 2018) siendo la segunda causa de muerte en personas con edades entre 15 y 29 años (OMS, 2019).

El 79% de todos los suicidios se produce en países de ingresos bajos y medianos (OMS, 2019) situación que resulta preocupante al analizar el contexto socioeconómico de Colombia, donde este fenómeno ha cobrado cada vez más vidas; al respecto Montoya (2018) señala que en el periodo 2015-2017 se presentó un incremento en la tasa de suicidio en adolescentes, pasando de 3.7 a 4.6 y que el 37,6 % de los adolescentes que han pensado suicidarse lo han intentado (Instituto Nacional de Salud [INS], 2019). Adicionalmente, el Observatorio del Bienestar de la Niñez (2020) indica que durante el periodo 2010-2019 se presentaron en promedio 399 suicidios anuales en la población de niñas, niños, adolescentes y jóvenes, datos que coinciden con los hallazgos de Benavides et al. (2019) quienes identificaron como principales grupos con riesgo de conducta suicida a los adultos jóvenes, con un 23% y a los adolescentes con un 17%.

En esta misma línea, el Ministerio de Salud (MINSALUD, 2020) menciona que en el año 2019 se registraron 30.539 casos de intento de suicidio en Colombia, evidenciando un aumento en las cifras respecto al año 2018, en el que se reportaron 28.615 casos. Esto indica que en el año 2019 se presentaron 78,4 casos al día, de los cuales el 73,5% correspondían a personas entre los 10 y los 29 años de edad y, aunque las cifras indican que en el año 2020 se presentó una disminución en el número de intentos de suicidio respecto al 2019, el grupo poblacional entre 10 a 29 años continúa presentando el mayor número de intentos (INS,2020).

En el caso de Nariño, el INS (2019) señala que este departamento se encuentra entre las siete entidades territoriales que notificaron más casos de intento de suicidio en la infancia y adolescencia entre el año 2018 y 2019. Sumado a ello, en un estudio realizado por Villalobos (2009) con estudiantes de bachillerato y pregrado de San Juan de Pasto, se encontró una

prevalencia de conducta suicida en un 30,2 % de los participantes, de los cuales, el 18% había presentado ideaciones suicidas en algún momento de su vida, cerca del 4% planes suicidas y el 8% intentos.

Respecto a la Institución Educativa donde se desarrolló la presente investigación, la ocurrencia de conductas suicidas se ha incrementado, afectando a los estudiantes que se enfrentan a este fenómeno, sus familias, docentes y amigos; situación que fue evidenciada en el diagnóstico participativo desarrollado en el periodo 2019-2020, donde la Comunidad Educativa identificó la necesidad de trabajar en temas como: prevención del suicidio y del consumo de sustancias psicoactivas, autoestima, resiliencia, duelos emocionales, entre otros temas que se relacionan con la conducta suicida (Centro de Estudios en Salud, [CESUN] y Liceo de la Universidad de Nariño, 2020).

Si bien esta información brinda un contexto sobre el suicidio en la población adolescente y joven, es preciso analizar el fenómeno a la luz de la pandemia por Covid 19, pues como lo afirma Bautista (2020), además de las consecuencias físicas, sociales y económicas, “el SARS-CoV-2, constituye un factor generador de malestar y sufrimiento, por lo que diversos estudios prevén aumento de carga de enfermedad mental y del riesgo de conductas suicidas” (párr. 5)

En relación a lo anterior, es importante destacar que si bien los datos arrojados por el Sistema de Vigilancia Epidemiológica (SIVIGILA) y el Sistema Integrado de Información de la Protección Social (SISPRO) indican que en el año 2020 el número de casos de intento de suicidio disminuyó en comparación con el 2019, la evidencia científica señala que las acciones de prevención a corto, mediano y largo plazo son necesarias, considerando que las afecciones a la salud mental tendrán un importante impacto pasado algún tiempo después del control de la pandemia (MINSALUD, 2020); además, más allá de las cifras, las personas con conductas suicidas y sus familias afrontan un gran sufrimiento emocional, estigmatización, desigualdad social, entre otras situaciones (Castellvi-Obiols y Piqueras, 2018) por las que un solo caso es alarmante y merece atención.

Por todo lo anterior, prevenir las conductas suicidas en la adolescencia debe ser una prioridad, más aún, al considerar que el suicidio cobra mayor fuerza en esta etapa del ciclo vital, debido a los cambios biopsicosociales que el adolescente experimenta y que pueden afectar su salud mental (Aredo-Peláez et al., 2018); sin embargo, las acciones de promoción y

prevención aún son precarias (Palacios, 2018). Al respecto, Benavides et al. (2019) afirman que de 88 estudios revisados sobre conductas suicidas en Colombia, solamente el 4.5% plantean propuestas, modelos o estrategias de intervención para prevenirlas, poniendo en evidencia un vacío en el abordaje de este fenómeno en el país. Por esta razón, los autores advierten que es indispensable la comprensión integral y profunda del fenómeno, para que pueda ser intervenido y no solo descrito; en este sentido, MINSALUD (2018) señala que el conocimiento sobre el suicidio por sí solo es insuficiente para prevenirlo.

En consecuencia, el propósito de esta investigación fue formular un programa para la prevención de las conductas suicidas desde un enfoque de factores protectores, dirigido al contexto escolar, dado que este fenómeno se ha hecho cada vez más presente en este escenario, siendo una de las principales problemáticas a las que deben enfrentarse las comunidades educativas (Arrieta, et al., 2021).

Sumado a lo anterior, es importante considerar que si bien la literatura científica indica que se ha avanzado en la formulación de programas para la prevención de las conductas suicidas en establecimientos educativos (Bustamante y Florenzano ,2013; Irrarázaval et al., 2016) Colombia ha avanzado a paso lento en estas acciones, siendo Estados Unidos y los países Europeos quienes han tenido mayor auge y desarrollo; al respecto Cañón et al. (2018) afirman que son pocos los países que han dedicado un esfuerzo serio a la prevención del suicidio, de este modo, es en el año 2021 que en Colombia se formula la estrategia nacional de prevención del suicidio, con el objetivo de reducir la ocurrencia de este fenómeno (MINSALUD, 2021), considerando que en el país no se contaba con muchos avances al respecto.

Finalmente, Arrieta et al. (2021) indican que las intervenciones existentes dirigidas al contexto educativo se han enfocado en las creencias o percepciones frente a este fenómeno, así como en la identificación de factores de riesgo, lo que permite concluir que son pocas las estrategias o programas que trabajan en el fortalecimiento de factores protectores susceptibles de ser intervenidos para favorecer aspectos de soporte y evitar las conductas suicidas en adolescentes (Bahamón, 2017).

Formulación del problema

¿Cuál es la eficacia de un programa psicoeducativo para el fortalecimiento de factores protectores asociados a la prevención de las conductas suicidas, en estudiantes de grados sexto y séptimo del Liceo de la Universidad de Nariño, del Municipio de Pasto?

Sistematización del problema

¿Qué elementos debe contener un programa psicoeducativo para el fortalecimiento de factores protectores asociados a la prevención de las conductas suicidas en estudiantes de grados sexto y séptimo Liceo de la Universidad de Nariño, del Municipio de Pasto?

¿Cuáles son los niveles de factores protectores relacionados con la prevención de las conductas suicidas antes y después de la implementación del programa psicoeducativo, en estudiantes de grados sexto y séptimo del Liceo de la Universidad de Nariño, del Municipio de Pasto?

¿Existen diferencias entre los niveles de factores protectores asociados con la prevención de las conductas suicidas, antes y después de la implementación del programa, en estudiantes de grados sexto y séptimo del Liceo de la Universidad de Nariño, del Municipio de Pasto?

¿Cuáles son los elementos significativos de la experiencia de implementación del Programa Escuelas que Protegen en estudiantes de grado sexto y séptimo del Liceo de la Universidad de Nariño, del Municipio de Pasto?

Justificación

El suicidio constituye un problema de salud pública que requiere atención, no solo por las cifras, sino por sus graves consecuencias (OMS, citada en Ministerio de Salud y Protección Social [MSPS], 2017). Pese a su complejidad, este fenómeno es prevenible mediante intervenciones oportunas basadas en la evidencia científica (OMS, 2019), no obstante los procesos de prevención no han tenido la prioridad suficiente para los gobiernos y los decisores políticos, y aunque se han generado acciones de prevención dentro de los contextos escolares, la mayoría se han enfocado en el sector sanitario, dejando de lado otros actores sociales que cumplen un rol fundamental en este proceso (Organización panamericana de la salud [OPS] y OMS, 2014).

De este modo, el MSPS (2017) señala que en Colombia las acciones de prevención en su mayoría se han orientado en la identificación, tratamiento y seguimiento de personas con ideación y/o conducta suicida, el acceso a los servicios de salud, la restricción a medios letales, el diseño de políticas para reducir el uso perjudicial del alcohol y otros factores de riesgo, así como en la formación de profesionales de la salud para la detección de riesgo suicida; es decir, han focalizado sus esfuerzos en la atención a personas que ya presentan conductas suicidas, o que han convivido con los factores de riesgo que incrementan su ocurrencia y que por tanto han visto afectada su salud mental.

En coherencia con lo anterior, formular programas de prevención de las conductas suicidas desde un abordaje de prevención primaria, como se plantea en el presente estudio, tiene especial relevancia, pues desde esta perspectiva no se interviene bajo situaciones de riesgo evidentes, sino que se incluye la potenciación de factores protectores para prevenir este fenómeno de manera oportuna y se avanza hacia una mirada más positiva del ser humano, en este sentido Cañón et al. (2018) indican que el fortalecimiento de los factores de protección permiten disminuir los factores de riesgo que inciden en el aumento de conductas suicidas. Por su parte, Bahamón y Alarcón (2019) señalan que no es conveniente esperar que se presente un intento de suicidio o que el adolescente diga que está pensando en él, sino que se debe actuar antes de que empiece a configurarse el proceso, teniendo como base la potenciación de los recursos con que cuenta la persona.

Por lo anterior, el presente estudio constituye un aporte importante a la prevención de este fenómeno, pues centró su atención en el fortalecimiento de factores protectores que permitan a los y las adolescentes asumir los retos propios de la vida, reconociendo que si bien la identificación y control de los factores de riesgo es importante, también lo es, identificar los factores protectores para potenciarlos (MSPS, 2017), pues como lo refiere el Ministerio de Salud de Chile (2019) es necesario generar un cambio de paradigma en la manera de intervenir el fenómeno del suicidio, para que no solo se controlen factores patogénicos, sino que se formulen programas que permitan fortalecer los recursos de los adolescentes para afrontar los problemas de la vida.

En coherencia con lo anterior, el MSPS (2017) coincide en señalar que la potenciación de los factores protectores puede prevenir las conductas suicidas, de ahí la importancia del presente estudio, que tuvo como objetivo medir la efectividad de un programa con estas

características de manera rigurosa, buscando que los resultados aporten a la generación de tecnologías de intervención para el abordaje de este fenómeno, tomando como base la evidencia científica. Frente a este aspecto, el MSPS (2017) exalta la necesidad de investigar los factores protectores y llevar a cabo estudios que tengan por objetivo valorar su efectividad en la prevención del suicidio mediante la potenciación o la intervención sobre dichos factores de protección, principalmente con poblaciones en riesgo, como los adolescentes, y a partir de estos resultados construir, fortalecer e implementar estrategias de prevención que los potencien y permitan así reducir la incidencia de conductas suicidas.

Además, el presente estudio, brinda una herramienta a las instituciones educativas para prevenir las conductas suicidas, y con ello, fortalecer su involucramiento en este proceso, avanzando así, a una visión de la escuela como escenario propicio para el desarrollo humano y social, y no solo académico (Seligman y Csikszentmihalyi, 2000), al respecto el Ministerio de salud de Chile (2019) señala que gozar de una buena salud mental durante la adolescencia, no solo depende de los recursos que posee la persona, sino también de cómo los diferentes contextos de desarrollo, entre ellos las instituciones educativas actúan como agentes de protección y soporte durante cada uno de estos cambios y retos evolutivos.

En este mismo sentido Bustamante y Florenzano (2013) señalan que existe consenso científico y de políticas públicas que concluyen que los programas de prevención del suicidio en los establecimientos escolares son efectivos y debieran implementarse dado que representan el segundo lugar donde los adolescentes pasan la mayor cantidad de tiempo, por lo que las señales de que un joven se encuentra en riesgo suicida son presentadas ante sus compañeros y docentes (Arrieta et al., 2021).

De ahí la relevancia de construir programas de prevención primaria de la conducta suicida, dirigidos a los contextos escolares, donde se encuentran grupos poblacionales en mayor riesgo, como los adolescentes; en este sentido, la OMS (2008) y Colimon (1978) señalan que el objetivo de la prevención primaria es evitar la aparición de un problema en salud en este caso, las conductas suicidas.

Además, es importante señalar que la mayor parte de programas de prevención de la conducta suicida han sido contruidos para una sola población, así, por ejemplo, intervienen sobre los adolescentes o con los padres, pero no intervienen en los dos (Arrieta et al. 2021) lo que hace novedoso a este estudio, pues se encuentra dirigido a estudiantes adolescentes y a sus

familias, impactando en dos de los contextos más importantes donde transcurre la vida de los estudiantes.

Objetivo general

Determinar la eficacia de un programa psicoeducativo para el fortalecimiento de factores protectores asociados a la prevención de las conductas suicidas, en estudiantes de grados sexto y séptimo del Liceo de la Universidad de Nariño, del Municipio de Pasto

Objetivos específicos

Formular un programa psicoeducativo para el fortalecimiento de factores protectores asociados a la prevención de las conductas suicidas en estudiantes de grado sexto y séptimo del Liceo de la Universidad de Nariño, del Municipio de Pasto

Evaluar los niveles de factores protectores relacionados con la prevención de las conductas suicidas antes y después de la implementación del programa psicoeducativo, en estudiantes de grados sexto y séptimo del Liceo de la Universidad de Nariño, del Municipio de Pasto.

Comprobar si existen diferencias entre los niveles de factores protectores asociados con la prevención de las conductas suicidas, antes y después de la implementación del programa, en estudiantes de grados sexto y séptimo del Liceo de la Universidad de Nariño, del Municipio de Pasto.

Reconocer los elementos significativos de la experiencia de implementación del Programa Escuelas que Protegen en estudiantes de grado sexto y séptimo del Liceo de la Universidad de Nariño, del Municipio de Pasto

Capítulo 2. Marco de referencia

Marco teórico

Conductas suicidas

Las conductas suicidas son un fenómeno multicausal que no puede atribuirse a un suceso único (Benavides et al., 2019), en consecuencia, puede ser desencadenada por la interacción entre diversos factores, como los biológicos, psicológicos o socioculturales (Londoño y Cañón, 2020).

Sumado a lo anterior, es importante considerar que, si bien estas conductas pueden presentar una clara y consciente intención de acabar con la vida, no siempre ocurre así, pues en algunos casos se presenta ambivalencia en torno a la decisión de cometer el acto, dado que, en la mayoría de las veces, no existe deseos de morir, sino el sentimiento de no ser capaz de tolerar estar vivo (OMS, 2000).

Por esta razón es importante clarificar que la intención de las conductas suicidas puede ser altamente dinámica (Barros et al., 2017; Fowler, 2012; Morales et al., 2017) y que cada una de ellas presenta características que las diferencian, pero que tienen en común, el riesgo para la vida, aunque en diferente grado, de esta manera, la conducta suicida se puede expresar mediante las siguientes formas:

Ideación suicida. Para Mingote et al. (citados en Villalobos, 2009) la ideación suicida es la forma más común de conducta suicida, la cual es definida por MINSALUD (2018) como “el conjunto de pensamientos que expresan un deseo o intencionalidad de morir u otras vivencias psicológicas suicidas, tal como la fantasía o prefiguración de la propia muerte” (p. 18) además, la ideación suicida constituye el “paso anterior a la actuación y puede que no se manifieste o que se haga a través de amenazas, verbales o escritas” (MINSALUD, 2015, p. 246), y que presente diversos grados de intensidad y elaboración (Baader et al., 2011).

Plan suicida. La ideación y plan suicida coinciden en la presencia de pensamientos e intencionalidad de morir, sin embargo, el segundo, implica la “elaboración de un plan para realizar el acto suicida, identificando métodos, lugares, momentos, la consecución de insumos para hacerlo, elaborar notas o mensajes de despedida; elementos que en conjunto se traducen en un alto riesgo de pasar al intento” (Ministerio de Salud, 2018, p. 18).

Intento de suicidio. Hace referencia a “una serie de conductas o actos con los que una persona intencionalmente busca causarse daño hasta alcanzar la muerte, no logrando su consumación” (Ministerio de Salud de Chile, 2019 p.7), dichas conductas pueden provocar o no lesiones, independientemente de la letalidad del método (MINSALUD, 2018). Por su parte, O’Carrol et al. (1996) indican que el intento de suicidio es una conducta potencialmente lesiva y autoinfligida con un resultado no fatal, donde existe evidencia, implícita o explícita, que la intención de su ocurrencia era provocarse la propia muerte.

Suicidio. “Conducta o acto autodestructivo, que tiene como meta alcanzar la muerte, con un elevado deseo de morir y con el conocimiento, esperanza y creencia, de que con el

método elegido es posible alcanzarla” (Baader, 2011, p. 304) esta es autoinfligida y provoca el propio fallecimiento (Ministerio de salud, 2018).

Como se ha podido mostrar, la conducta suicida es un fenómeno complejo, multicausado, que se manifiesta de diversas maneras, que van de menos a más letales y que por ende dan la posibilidad de pensar en su prevención. Además está mediado por factores de riesgo que incrementan su probabilidad de ocurrencia, pero también por factores protectores que la minimizan, así pues, a continuación se presentan los factores protectores frente a la conducta suicida en adolescentes escolarizados, que han mostrado ser importantes para su prevención.

Sobre el concepto de factores Protectores

Donas (2001) definió a los factores protectores como aquellas características que se pueden identificar, potencializar y/o desarrollar en una persona, familia, grupo o comunidad, que favorecen el desarrollo humano, el mantenimiento o recuperación de la salud en sus dimensiones biológica, psicológica y social; y que tienen la posibilidad de contrarrestar los posibles efectos de factores de riesgo. Este último aspecto coincide con lo planteado por Benard (2004), Rutter (1993) y Uriarte (2006) quienes mencionan que los factores protectores reducen los efectos negativos de la exposición a riesgos y al estrés, y constituyen un sostén emocional para poblaciones vulnerables (Andrade et al. (2010).

Bajo esta misma lógica, Rutter (1993) plantea que los factores protectores no pueden ser pensados como un atributo con el que las personas nacen, sino que se logran a través de un proceso interactivo entre estas y su medio.

De manera complementaria, el Ministerio de Salud de Chile (2019) hace alusión a factores protectores ante la conducta suicida específicos en la etapa escolar, los cuales cobran especial relevancia en el presente estudio y se clasifican en tres grupos: individuales, que hacen referencia a las características que la persona posee o puede desarrollar; Familiares, que incluyen la funcionalidad familiar y el apoyo de la familia y finalmente, los ambientales, que comprenden la integración social, las relaciones positivas con pares, docentes y adultos y contar con sistemas de apoyo (Ministerio de Salud de Chile, 2019).

Factores protectores específicos para la prevención de la conducta suicida

Si bien la literatura científica muestra diferentes factores protectores que se han asociado a la prevención de la conducta suicida, a continuación, se presenta una descripción de los factores protectores que han mostrado eficacia en la prevención de este fenómeno en la población adolescente.

Autoestima. Rosenberg (citada en Rojas-Barahona et al., 2009) indica que “la autoestima hace referencia a los pensamientos y sentimientos que una persona tiene hacia sí misma, los cuales pueden ser positivos o negativos y se construyen por medio de la evaluación que el individuo hace de sus propias características” (p. 792); en este mismo sentido, Pérez-Villalobos (2019) señala que la autoestima hace referencia a la predisposición a reconocerse como una persona competente para la vida, especialmente para satisfacer las propias necesidades, afrontar los desafíos de la vida y sentirse merecedor de felicidad.

Esta última definición es similar a la planteada por Orduña (2003), cuando indica que la autoestima se caracteriza por dos aspectos: el sentido de eficacia personal, que tiene que ver con la confianza en sí mismo de poder afrontar los retos de la vida, y el segundo, con el sentido de mérito personal o autodignidad.

Sumado a lo anterior, Pérez-Villalobos (2019) subraya que las personas con autoestima positiva se sienten valiosas y por tanto dignas de ser amadas por los demás. Así mismo, refiere que la autoestima desempeña un papel clave en las elecciones y decisiones, así como en el desarrollo normal y sano, e incluso podría considerarse un logro individual que es el resultado de una labor constante de conocimiento interno. De este modo, tener autoestima positiva es fundamental para una vida plena (James, 1989); por el contrario, tener baja autoestima puede generar angustia, dolor, indecisión, desánimo, vergüenza y un sinnúmero de malestares en las personas, así, mientras un individuo con autoestima alta reconoce su valía y sus propias capacidades, un individuo con baja autoestima puede sentirse desvalorado e incapaz de lograr lo que se propone, y, por tanto puede compararse frecuentemente con los demás, destacando las virtudes y las capacidades de otros, y asumiéndolos como superiores o más importantes, perjudicando así su salud y bienestar (Pérez-Villalobos, 2009).

Finalmente, Erol y Orth, (2011) refieren que, en el caso de los adolescentes, la autoestima refleja confianza en sí mismo y que dicha confianza es propensa a cambios

internos y externos durante esta etapa de la vida; así mismo, Metha, Chen, Mulvenon y Dode (citados por Villalobos-Galvis, 2009) afirman que en esta etapa se consolida la identidad y por ello, los valores y las aspiraciones interfieren directamente en la valoración y formación de la autoestima. Por todo esto, la autoestima puede actuar como factor protector o de riesgo ante la conducta suicida, dependiendo de cómo se presente en los adolescentes.

Afrontamiento. Lazarus y Folkman (citados en Moran et al., 2010) definieron el afrontamiento como “los esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes, que se desarrollan para manejar las demandas específicas que son valoradas como situaciones que exceden o desbordan los recursos de una persona” (p.544). Por su parte, Sandín et al. (2009) plantean una diferencia entre estrategias y estilos de afrontamiento, indicando que las primeras son específicas y se llevan a cabo en acciones concretas para modificar las condiciones del estresor, mientras que los estilos de afrontamiento constituyen acciones más generales, son tendencias personales para llevar a cabo una u otra estrategia de afrontamiento.

Respecto a los estilos de afrontamiento en la adolescencia, García (2010) señala que estos permiten comprender cómo los adolescentes reaccionan ante los acontecimientos vitales estresantes y se adaptan a las diferentes experiencias de la vida.

Funcionalidad familiar. Para hacer referencia a la funcionalidad familiar, es preciso considerar el concepto de familia, comprendida como la institución que cumple uno de los roles más importantes del desarrollo psicosocial en sus integrantes, ya que en ella se transmiten valores éticos y culturales, y es una de las principales fuentes de apoyo social y psicológico que poseen las personas a lo largo de su vida, de ahí que tenga una función protectora ante las circunstancias difíciles (Sigüenza et al., 2017).

Según Smilkstein, (citada en Moreno y Chauta, 2012) una familia funcional es aquella que logra promover el desarrollo integral de sus miembros así como un estado de salud favorable en ellos, en el que sus miembros perciben el funcionamiento familiar manifestando el grado de satisfacción con el cumplimiento de los parámetros básicos de la función familiar, que, de acuerdo con Suárez y Alcalá (2014), se refieren a: 1) Adaptación: que tiene que ver con la capacidad de utilizar recursos intra y extra familiares para resolver problemas en situaciones de estrés familiar o periodos de crisis. 2) Participación: Hace referencia a la implicación de los diferentes miembros de la familia en la toma de decisiones y en las responsabilidades relacionadas con el mantenimiento familiar, de ahí que también suele

denominarse cooperación. 3) Gradiente de recursos personales: Indica la auto realización, la maduración física y emocional que alcanzan los miembros de una familia, como consecuencia del apoyo y asesoramiento mutuo. 4) Afectividad: Es la relación de cariño, atención y amor que existe entre los miembros de la familia. 5) Recursos o capacidad resolutive: Es el compromiso de dedicar tiempo a atender las necesidades físicas y emocionales de otros miembros de la familia, lo que implica dedicar tiempo, espacio y dinero a los demás miembros de la familia

Apoyo social. El apoyo social hace referencia al conjunto de aportes que se reciben de las relaciones establecidas con otros: amigos, familia, vecinos, pareja, entre otros (Orcasita y Uribe, 2010).

Para Gracia (citado en Méndez, 2008) este concepto está constituido por tres dimensiones, a saber: apoyo instrumental, referido al soporte material o de servicios; apoyo cognitivo, relacionado con el intercambio de experiencias, consejos e información para generar estrategias de afrontamiento frente a diversas demandas del entorno y apoyo emocional, como la posibilidad de compartir sentimientos, pensamientos, reconocimiento y escucha.

Por otro lado, Gómez et al. (citado en Orcasita y Uribe, 2010) plantean que el apoyo social es un metaconstructo formado por dimensiones que se pueden clasificar en 1) recursos de la red de apoyo, por ejemplo, su tamaño, estructura, etc. 2) actos de apoyo específicos, por ejemplo escuchar, 3) evaluación subjetiva del apoyo, donde se distingue el apoyo social recibido y el percibido; el primero indica la dimensión objetiva, es decir la cantidad de ayuda que la persona ha recibido en un periodo de tiempo y el apoyo percibido que hace referencia a la dimensión subjetiva, compuesta por la cognición y la evaluación del apoyo, aquí se tiene en cuenta la valoración que hace el individuo de las fuentes de apoyo y del apoyo percibido en cuanto a la satisfacción y adecuación a sus necesidades. Barrón (citado en Orcasita y Uribe, 2010) plantea que en ocasiones algunas personas se sienten apoyadas aunque no reciban apoyo o en forma contraria, no perciben el apoyo aunque lo reciban, lo que indica la importancia del apoyo social percibido.

Prevención

Villantoy-Echegaray y Cruzado (2018) señalan que la palabra prevención proviene del latín “*praeventious*” (*prae*: antes; *eventious*: acontecimiento) y significa “lo que ocurre antes” o “lo que se anticipa”, es decir que la prevención constituye el acto de impedir que algo suceda.

En un sentido similar, la OMS (citada en Vignolo et al., 2011) define a la prevención como aquellas “Medidas destinadas no solo a evitar la aparición de la enfermedad, sino también a detener su avance y atenuar sus consecuencias una vez establecida” (p.1) de ahí que las intervenciones para prevenir los problemas de salud tengan como objetivo contraatacar los factores de riesgo y reforzar los factores de protección a lo largo de la vida de la persona (Redondo, 2004).

Sumado a lo anterior, es importante resaltar que la prevención incluye una serie de intervenciones que implican: la identificación y manejo de los factores de riesgo, así como promover la salud, diagnosticar y tratar oportunamente a una persona, rehabilitarla y evitar complicaciones o secuelas de su padecimiento, dependiendo del nivel de intervención (Redondo, 2004).

De este modo se diferencian tres niveles de prevención: Prevención primaria que se ahondará más adelante; prevención secundaria orientada al diagnóstico precoz de la enfermedad para lograr su control; y prevención terciaria, que hace referencia a las acciones tendientes a la recuperación total después de una enfermedad mediante un correcto diagnóstico, tratamiento y rehabilitación (Vignolo et al., 2011).

Prevención Primaria. Está orientada a evitar la aparición de una enfermedad o problema de salud, mediante el control de los agentes causales o los factores de riesgo (OMS, 1998, Colimón, 1978) por lo tanto se realiza sobre las personas sanas, de ahí que su objetivo es disminuir la incidencia de la enfermedad, es decir, evitar que aparezcan nuevos casos, tal como se plantea en el presente estudio.

Según el Ministerio de Salud y Protección Social [MSPS] y la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito [UNODC] (2015) desde la década de 1970 se viene recabando evidencia sobre acciones efectivas en materia de prevención con niños y

adolescentes, encontrando que los programas basados en la escuela son los más adecuados, al ser un entorno protector y favorecedor del desarrollo.

Estos programas preventivos son un “conjunto de actuaciones tendientes a impedir o retrasar la aparición del problema al que se encuentra dirigido en particular” (MSPS y UNODC, 2015, p.16), en el caso de las conductas suicidas, la meta sería impedir o retrasar su aparición.

Marco de antecedentes

En los últimos años se ha ido avanzando en la formulación de programas de prevención del suicidio en contextos como el educativo, al respecto, Bustamante y Florenzano (2013) encontraron que aquellos pueden clasificarse en tres tipos, de acuerdo al objetivo central: Programas que incorporan psico-educación sobre depresión y/o suicidio en los currículos escolares, entrenamiento a profesores o escolares en detectar adolescentes en riesgo (gatekeepers) y programas de pesquisa o screening para la detección de riesgo suicida a través de instrumentos de tamizaje, a esta clasificación Katz et al.(citado en Irarrázaval, 2016) añade el entrenamiento de habilidades para la promoción de factores protectores.

En Colombia se destaca el programa CIPRES para la prevención del riesgo suicida en adolescentes (Bahamón, 2017), como una propuesta planteada desde la psicología positiva que busca potenciar el bienestar psicológico en los adolescentes y ha demostrado disminuir significativamente el riesgo suicida (Bahamón et al. 2019).

También se encuentra la intervención psicoeducativa para la prevención de la conducta suicida de Cañón et al. (2018) dirigida a adolescentes de sexto y séptimo grado, en la cual se abordaron temas como: mitos y realidades en torno al suicidio, autoestima y comunicación asertiva. Los resultados mostraron disminución en el riesgo e incremento de la autoestima en los estudiantes, sin embargo, destacan la importancia de vincular a padres de familia y docentes a este tipo de programas y no solo a estudiantes y dar continuidad a este tipo de intervenciones (Cañón et al., 2017).

Estudios que abordan los factores protectores ante las conductas suicidas

Diferentes investigaciones han orientado sus esfuerzos a identificar la relación entre los factores protectores y las conductas suicidas en adolescentes, de esta manera, se

encuentran estudios que establecen correlaciones con un tipo específico de conducta suicida, por ejemplo el intento, y otras que se refieren a la relación entre los factores protectores y la conducta suicida en general; así pues, diferentes investigaciones incluyen dentro de este grupo de factores protectores a la autoestima, la funcionalidad familiar, el apoyo social y los estilos de afrontamiento, señalando que su potenciación es importante para prevenir las conductas suicidas en una etapa como la adolescencia (Ministerio de educación de Colombia, 2021; Ministerio de Salud de Chile, 2019).

Frente al estudio de la autoestima como factor protector ante las conductas suicidas, Gómez y Salamanca (2016) y Molina et al. (2011) realizaron investigaciones para determinar si existía relación entre autoestima e ideación suicida en adolescentes colombianos, encontrando una correlación negativa estadísticamente significativa, es decir, a mayor autoestima, menor ideación suicida. En coherencia con estos hallazgos, en estudios realizados por Cañón et al. (2011); Hernández y Villarreal (2015), Gómez-Tabares (2020) y Bravo-Andrade et al. (2020) se encontró que la autoestima constituye un factor protector ante el suicidio, por lo cual, los autores sugieren incluir a este componente en las intervenciones tendientes a prevenirlo. Del mismo modo, Vargas-Trujillo et al. (2006) encontraron que la autoestima es una característica muy importante relacionada con el bienestar y el comportamiento en salud en escolares adolescentes y que tiene un papel predominante en la predicción del ajuste psicológico, especialmente en los síntomas emocionales, siendo la variable que mejor explica la variabilidad en los problemas emocionales y conductuales de los adolescentes (Schoeps, 2019).

Además de la autoestima, numerosos estudios nacionales e internacionales han demostrado correlación entre la funcionalidad familiar y la conducta suicida; de este modo, en los estudios realizados por Aredo-Peláez et al. (2018), Corona-Miranda et al (2016), Carmona et al. (2014) y Ulate-Gómez (2013) con población adolescente, se encontró que la funcionalidad familiar representa un factor protector ante las diferentes manifestaciones de conducta suicida, destacando dentro de este componente: el refuerzo de actividades y comportamientos positivos por parte de la familia, el reconocimiento de logros, el apoyo a metas positivas, la promoción de la amistad, el establecimiento de límites apropiados de conducta, la ausencia de violencia en todas sus manifestaciones, entre otros aspectos.

Por otro lado, Burgos, et al. (2017), Yen et al. (2015), Ovalle y Santana (2013), Goldstein et al. (2009) y Ceballos et al. (2008) realizaron investigaciones, donde se encontró correlación entre funcionalidad familiar e intentos de suicidio en adolescentes; es decir, a mayor funcionalidad familiar, menos intentos de suicidio, por lo cual, los autores mencionan que es indispensable desarrollar estrategias que prioricen este componente. En cuanto a ideación suicida, Marco-Sánchez (2020) analizó la relación entre esta y los diferentes componentes de la funcionalidad familiar, encontrando que a mayor expresividad en la familia, menor ideación suicida en los adolescentes, y a mayor participación social, menor riesgo de conductas suicidas. Finalmente, en el estudio de García et al. (citados en Cabra et al., 2010) con adolescentes escolarizados, se concluyó que no vivir con ambos padres, no se asocia con ninguna conducta suicida, sugiriendo que no es la estructura familiar per se, sino la calidad de las relaciones familiares la que actúa como factor protector ante la conducta suicida de los niños y adolescentes.

Por otra parte, Whitley y McKenzie (2005) concluyen que el capital, social, entendido como la participación, las redes de apoyo y la pertenencia a un grupo, disminuyen el aislamiento social y con ello, protegen a las personas frente a comportamientos suicidas. En este mismo sentido, el Ministerio de Salud de Chile (2019) indica que la integración social, tener buenas relaciones con docentes y compañeros y contar con sistemas de apoyo representan un factor protector ante la conducta suicida.

De otro lado, en un estudio desarrollado por Ceballos y Del Toro (2008) en población adolescente y joven, se identificó que la integración y apoyo social protegen a las personas ante el intento de suicidio, hallazgos que coinciden con los planteamientos de Castillo y Maroto (2017) quienes encontraron que el apoyo recibido por las personas cercanas y redes de apoyo era percibido como una fortaleza y recurso que los protegía del suicidio.

Además de los factores ya mencionados, diferentes estudios coinciden en señalar que algunas estrategias de afrontamiento representan un factor protector ante la conducta suicida (Ministerio de Salud de Chile, 2019), así pues, en un estudio realizado por Bahamón (2019) que buscaba establecer la relación entre los estilos de afrontamiento y el riesgo suicida en adolescentes, se evidenció que las estrategias de afrontamiento centradas en la solución del problema son un factor protector en los adolescentes ante la conducta suicida, por el contrario, el uso de estrategias de afrontamiento evitativas son un factor de riesgo, hallazgos que guardan

relación con el planteamiento de Lazarus, DeLongis, Folkman y Gruen (1985) cuando afirman que un afrontamiento adecuado a una situación específica conduce a un ajuste adecuado, y como consecuencia desemboca en bienestar, funcionamiento social y buena salud.

Finalmente, Larios et al. (2017); Reyes et al. (2017) y Uribe-Urzola (2018) concluyeron que cuando un adolescente tiene estrategias de afrontamiento improductivas, se aísla y no expresa sus preocupaciones, además, se muestra pesimista, por lo cual no realiza actividades para disminuir el estrés, generando incertidumbre y la creencia de no tener las cualidades necesarias para solucionar problemas.

Marco contextual

La Institución Educativa donde se llevó a cabo esta investigación es de carácter oficial, y está dedicada a la educación formal en los niveles de preescolar, primaria, secundaria y media académica, orientada a la formación de personas emocional y académicamente competentes, con sensibilidad social, espíritu crítico, capacidad de liderazgo y comprometidas con el destino de su entorno. (“Sobre el Liceo, Horizonte Institucional”, s.f).

Para cumplir con su misión, la institución desarrolla acciones tendientes a promover el bienestar y formación integral de los y las estudiantes, a través de diferentes estrategias o proyectos, entre ellos: la estrategia “Salud Mental, un asunto de todos” dirigida a estudiantes y docentes y la estrategia: “Mi hogar, un espacio para aprender”, dirigida a las familias. Para la formulación de dichas estrategias, se tomó como base las necesidades evidenciadas en el diagnóstico participativo que se llevó a cabo en el periodo 2019-2020 con toda la comunidad educativa y que fue desarrollado por el equipo de Orientación Escolar, y el Centro de estudios en salud CESUN de la Universidad de Nariño, el cual mostró la necesidad de trabajar en temas como: salud mental (autoestima, resiliencia, capacidad de afrontamiento y duelos emocionales), prevención del suicidio y enfermedades mentales, igualmente, involucramiento parental.

Capítulo 3 Materiales y Método

Tipo de proyecto según acuerdo de trabajo de grado

Este proyecto se desarrolló bajo la modalidad de trabajo de grado tradicional, desde la tipología denominada “Formulación y ejecución de un plan de intervención en salud mental, a partir del análisis de un diagnóstico o información previamente obtenidos por una institución” (Comité Curricular y de Investigaciones de la Maestría en Promoción y Prevención en Salud Mental, 2020, p.4), en este caso, el diagnóstico participativo desarrollado con la Comunidad Educativa del Liceo de la Universidad de Nariño, en el periodo 2019 y 2020, realizado por el equipo de Orientación Escolar del que hace parte la investigadora del presente estudio y el Centro de Estudios en Salud de la Universidad de Nariño [CESUN] (Centro de Estudios en Salud, [CESUN] y Liceo de la Universidad de Nariño, 2020).

Paradigma epistemológico

La propuesta de investigación que aquí se presenta se enmarcó dentro del paradigma epistemológico empírico-analítico, cuyo interés está orientado a explicar, predecir y controlar la realidad, asumiendo que se comporta de una manera más o menos estable y puede ser controlada para satisfacer las necesidades de la humanidad (Gómez y Villalobos, 2014), en este caso, para prevenir las conductas suicidas a través del fortalecimiento de factores protectores, que al comportarse de manera similar en la población adolescente y sus familias, pueden ser intervenidos.

Además, es importante considerar que en el presente estudio se formuló un programa psicoeducativo orientado a fortalecer factores protectores relacionados con la prevención de la conducta suicida, elementos que fueron dados por la teoría; al respecto, Gómez y Villalobos (2014) indican que el paradigma empírico analítico se destaca por su carácter hipotético deductivo, donde la teoría es la base para la formulación del estudio y para verificar hipótesis.

Paradigma metodológico

La presente investigación se llevó a cabo desde el paradigma cuantitativo, el cual permite estudiar fenómenos de la realidad de manera objetiva, a partir de un proceso deductivo, secuencial y probatorio, donde se establecieron fases que guían la investigación de

manera rigurosa; siendo la teoría y el análisis estadístico, la base para la formulación y comprobación de hipótesis (Hernández et al. 2014).

Además, los estudios cuantitativos intentan, por un lado, generalizar los resultados encontrados en un grupo o muestra hacia una colectividad mayor, y por otro, replicar dichos estudios (Hernández et al. 2014), aspectos que cobran relevancia al considerar que el presente trabajo tuvo como objetivo determinar de manera rigurosa el efecto de un programa psicoeducativo en el fortalecimiento de factores protectores relacionados con la prevención de la conducta suicida, y a partir de ello corroborar hipótesis que permitan generalizar los resultados, es decir, que el programa pueda ser replicado en contextos similares.

Tipo de estudio

El presente es un estudio explicativo, caracterizado por incluir alcances exploratorios, descriptivos y de correlación, permitiendo así un sentido de entendimiento del fenómeno de estudio (Hernández et al., 2014) en este caso, de la conducta suicida.

Diseño. El estudio tuvo un diseño cuasiexperimental, con preprueba-postprueba y grupos intactos, dos de ellos cuasiexperimentales y dos de cuasi-control, pues como lo plantea el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia [UNICEF] (2014) “Los diseños cuasiexperimentales identifican un grupo de comparación lo más parecido posible al grupo de tratamiento en cuanto a las características del estudio de base.” (p.1)

En coherencia con lo anterior, el objetivo de la investigación fue determinar la eficacia de un programa psicoeducativo en el fortalecimiento de factores protectores relacionados con la prevención de la conducta suicida, siendo, el programa psicoeducativo la variable independiente y los factores protectores las variables dependientes.

Población

La población estuvo conformada por estudiantes de grados sexto y séptimo del Liceo de la Universidad de Nariño.

Muestra. Se trabajó con los 173 estudiantes que corresponden al total de matriculados en los grados sexto dos (n=44), sexto tres (n=44), séptimo uno (n=42), séptimo dos (n=43), en el Liceo de la Universidad de Nariño, y sus respectivos padres de familia y/o acudientes. Estos grupos fueron escogidos por muestreo por conveniencia y el grupo experimental fue asignado

teniendo en cuenta la disposición de participar del docente director de grupo y disponibilidad de horario de los estudiantes para las sesiones de trabajo experimental. Los criterios de inclusión que se tuvieron en cuenta fue que los estudiantes estén matriculados en uno de los grupos seleccionados, que los estudiantes, los padres y/o acudientes estén dispuestos a participar en la investigación; que cuenten con consentimiento informado y consentimiento asistido en el caso de los menores para participar en el estudio. El criterio de exclusión estuvo dado por la asistencia, así, los estudiantes podían faltar a máximo una sesión de las establecidas en el programa.

Técnicas e instrumentos de recolección de información

Escala de autoestima de Rosenberg (1965- RAE). Evalúa la percepción de autoestima y valía personal; consta de 10 preguntas tipo Likert con cuatro opciones de respuesta, se califica en un rango de 10 a 40, siendo el rango normal de puntuación el situado entre 25 y 35 puntos (Ceballos et al., 2014). Esta escala ha sido empleada en diferentes estudios con adolescentes colombianos evidenciando adecuados niveles de fiabilidad (Cogollo, et al., 2015).

APGAR familiar. Diseñada en 1978 por Smilkstein para explorar la funcionalidad familiar, fue validada en Colombia por Forero et al. (2006) en una población de estudiantes de secundaria, presentando un α de Cronbach de 0.793. Consta de cinco ítems tipo Likert que miden adaptabilidad, participación o cooperación, gradiente de recurso personal, afectividad y capacidad resolutive en la familia. Este instrumento genera un puntaje de 0 a 10, los resultados de siete a diez indican funcionalidad familiar normal, de cuatro a seis, disfuncionalidad moderada y de cero a tres, disfuncionalidad grave (Suarez Cuba y Alcalá Espinoza, 2014).

Escala Multidimensional de Apoyo Social de Zimet et al. (1988). Validada para adolescentes colombianos por Trejos et al (2017), presenta una consistencia interna de 0.84 y está compuesta por 12 ítems, los cuales recogen información del apoyo social percibido por los individuos en tres áreas: familia, amigos y otros significativos; su escala de respuesta consta de cuatro alternativas de repuesta en formato Likert. El puntaje total de la escala corresponde a la sumatoria de los puntajes de cada ítem respondido, por cuanto a mayor puntaje corresponde un mayor apoyo social.

Escala de afrontamiento para adolescentes revisada (ACS). Validada por Canessa (2002), esta escala consta de 80 ítems cerrados, los cuales identifican las estrategias de afrontamiento más comunes utilizadas por los adolescentes, organizadas en 6 dimensiones: afrontamiento activo frente al problema, afrontamiento no productivo, distanciamiento en general, búsqueda de apoyo social y emocional, interpretación positiva del problema, búsqueda de apoyo social instrumental. La ACS alcanza niveles de confiabilidad y validez aceptables (Canessa, 2002)

Entrevista Semiestructurada. Se aplicó una entrevista semiestructurada a tres docentes, dos de ellos con función de dirección de grado en los grupos donde se aplicó el Programa EP, y al docente de Educación Artística, que se vinculó al proceso por medio de acciones transversales con el área. Lo anterior, con el fin de obtener información de las experiencias vividas en el proceso de implementación del Programa.

Cuestionario. Se aplicó un cuestionario a los estudiantes que participaron en la implementación del Programa, este se realizaba al finalizar cada encuentro, y contenía 5 ítems que evaluaban los siguientes aspectos: 1) Los contenidos del taller fueron pertinentes, 2) Puedo aplicar los conocimientos aprendidos a mi vida personal, 3) La metodología permitió apropiarse con mayor facilidad los contenidos, 4) El facilitador tenía claridad de las temáticas abordadas, 5) El facilitador escuchó mis aportes y respondió mis inquietudes, y eran evaluados de acuerdo a las siguientes opciones: muy de acuerdo, de acuerdo, en desacuerdo, muy en desacuerdo.

Procedimiento

Para la consecución del proyecto y el cumplimiento de los objetivos, la investigación se llevó a cabo siguiendo las fases del modelo de programas psicoeducativos de Sanchiz-Ruiz (2009) a saber: Diseño del programa, aplicación del programa y evaluación de efectividad, además se tomó como base las etapas de los estudios cuasiexperimentales: pretest, intervención y posttest y grupo control (Gómez y Villalobos, 2014) de esta manera el procedimiento se desarrolló como se muestra en la figura 1.

Fase 1. Diseño del programa

Siguiendo la propuesta de Sanchiz-Ruiz (2009), para el diseño del programa se llevaron a cabo cuatro subfases: 1) Formulación de objetivos, 2) Especificación de los contenidos a trabajar 3) diseño de la propuesta metodológica, dentro de la cual se incluyen: los principios y estrategias, las actividades y los recursos a emplear (personales, materiales, económicos, espaciales, temporales) y, 4) la propuesta de evaluación, que en el presente estudio hace referencia a la manera en que se midieron las variables dependientes (Factores Protectores ante la conducta suicida) antes y después de la aplicación del programa.

Fase 2. Pretest, Aplicación del programa, postest

Pretest. En esta fase se realizó la medición de las variables dependientes, es decir, autoestima, funcionalidad familiar, apoyo social y estrategias de afrontamiento, con los estudiantes que hicieron parte del grupo control y grupo experimental del presente estudio, esto, de manera previa a la aplicación del Programa Psicoeducativo. Para tal fin, se emplearon los instrumentos de medición citados anteriormente, los cuales fueron aplicados por cursos, de manera colectiva, durante la jornada escolar.

Intervención. Se aplicó el programa psicoeducativo a los estudiantes de grado sexto tres y séptimo uno que hacen parte del grupo experimental y a sus padres de familia y/o acudientes, mientras que los estudiantes de los grados sexto dos y séptimo dos y sus padres integraron el grupo control, por lo tanto no recibieron la intervención. El programa fue desarrollado por la investigadora, quien se encuentra vinculada a la institución en calidad de docente orientadora y antes de ser implementado fue sometido a evaluación por jueces expertos.

Postest. En esta subfase se realizó la medición de las variables dependientes, es decir, los factores protectores asociados con la prevención de la conducta suicida: autoestima, funcionalidad familiar, apoyo social y estrategias de afrontamiento, con los estudiantes de grado sexto y séptimo que hicieron parte del grupo control y grupo experimental del presente estudio, esto de manera posterior a la aplicación del Programa psicoeducativo.

Fase 3. Evaluación de efectividad

Se determinó a partir de los resultados arrojados del análisis de los datos

Fase 4. Reconocimiento de elementos importantes de la experiencia de implementación del programa EP.

Para este proceso se llevaron a cabo entrevistas semiestructuradas y se aplicó un cuestionario para la evaluación de las sesiones desarrolladas con estudiantes.

Plan de análisis de datos

Inicialmente se realizó el análisis descriptivo para cada una de las variables antes y después de la aplicación del Programa EP. Para ello se sistematizaron las respuestas obtenidas en cada una de las mediciones en un libro de Excel, el cual se exportó al programa Stat Graphics v.19®.

Para el análisis de los datos fue necesario conocer los estadísticos descriptivos de las variables, este procedimiento se realizó mediante el cálculo de indicadores de tendencia central y variabilidad.

Posteriormente se evaluó el supuesto de normalidad, empleando la prueba de Kolmogorov-Smirnov (k-s) para cada una de las variables dependientes (autoestima, afrontamiento, apoyo social y funcionalidad familiar), pues como lo plantea Romero-Saldaña (2016), la prueba K-S permite verificar si los datos de la muestra proceden de una distribución normal o no y se emplea para variables cuantitativas continuas, cuando el tamaño muestral es mayor de 50, como fue el caso de la presente investigación. Para aceptar la hipótesis nula de normalidad de las variables el valor p del test debía ser mayor a 0.05.

El procedimiento descrito previamente aplicó para los resultados obtenidos en el pre-test y en el post-test. Seguidamente se evaluó el impacto del Programa EP a través del testeo de hipótesis, cuyo enunciado fue el siguiente

H⁰ El Programa EP tuvo un impacto significativo en el fortalecimiento de los factores protectores asociados a la prevención de las conductas suicidas.

H¹ El Programa EP no tuvo un impacto significativo en el fortalecimiento de los factores protectores asociados a la prevención las conductas suicidas.

En coherencia con lo anterior, después de la implementación del Programa EP, se esperaba que la variable autoestima incrementará del pre-test al post-tes, estos mismos resultados se esperaban para las variables Apoyo Social y Funcionalidad Familiar.

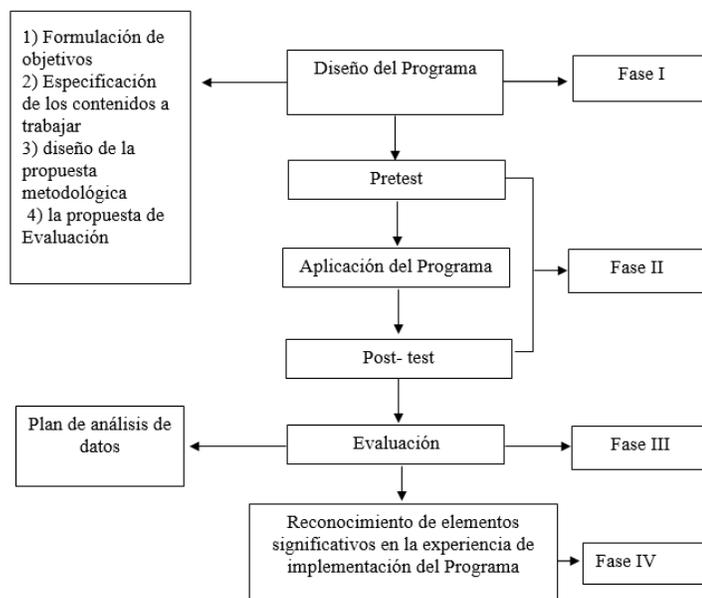
Para el caso de la variable afrontamiento, se pretendía que las dimensiones: afrontamiento activo, búsqueda de apoyo social y emocional frente al problema, interpretación positiva del problema, búsqueda de apoyo social instrumental frente al problema,

incrementarán después de la implementación del Programa EP y que las dimensiones denominadas afrontamiento no productivo y distanciamiento en general, disminuyeran.

Considerando que los resultados de la prueba de normalidad indicaron que las variables no tenían una distribución normal, se tomó la decisión de comparar si el programa psicoeducativo tuvo un impacto significativo en el fortalecimiento de los factores protectores encaminados a prevenir las conductas suicidas, por medio de la valoración de los resultados obtenidos en el pre-test y post-test empleando la prueba Kruskal Wallis.

Figura 1

Procedimiento de la investigación



Nota. Elaboración propia

Aspectos éticos y bioéticos

Esta investigación tuvo en cuenta los principios de ética y bioética en relación al trabajo con seres humanos, contemplados en la “Ley número 1090 que promulga el código Deontológico y Bioético que reglamenta el trabajo profesional del psicólogo” (Congreso de la República, 2006). Para ello, se brindó la información suficiente tanto a la institución como a los participantes sobre la finalidad del estudio, los riesgos, beneficios y alternativas, para que de forma libre y autónoma decidieran si querían participar en el mismo, haciendo válida esta información a través de la carta de aval para el desarrollo de la investigación por parte de la

institución y la firma del consentimiento informado de los padres y el consentimiento asistido de los estudiantes, todo ello enmarcado dentro de los principios generales de la ley 1090 (Congreso de la República, 2006).

Igualmente se incluyó la resolución 8430, donde se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud (Minsalud, 1993) específicamente los artículos 4, 5, y 6, relacionados con la función ética y científica de la investigación (Minsalud, 1993).

Capítulo 4. Resultados, discusión y conclusiones

Diseño del Programa Psicoeducativo para la Prevención de las Conductas Suicida en adolescentes escolarizados-EP

Descripción del Programa

EP es un programa fundamentado en la perspectiva de prevención primaria en salud, dirigido a instituciones educativas en los niveles de secundaria a media vocacional. El programa está organizado en 13 sesiones, 8 dirigidas a estudiantes y 5 a sus familias, las cuales se orientan al fortalecimiento de la autoestima (2 sesiones), el apoyo social (2 sesiones), el afrontamiento (3 sesiones) y la funcionalidad familiar (5 sesiones) como factores protectores ante la conducta suicida.

Para su implementación, se diseñó un manual de uso que contiene: a) los elementos teóricos que sustentan el programa y que brindan al lector una comprensión de la conducta suicida y de la manera en que los factores protectores previenen este fenómeno, b) la descripción general y específica del programa y el material pedagógico diseñado para la implementación (Ver anexo 1).

Evaluación del programa por jueces expertos

El programa “EP” fue sometido a evaluación por 3 jueces expertos previo a su implementación. Los jueces fueron psicólogos, con experiencia en contextos educativos (Docentes orientadores) e intervención con familias de adolescentes, además, con conocimientos en investigación y procesos de prevención en Salud Mental. Los expertos

evaluaron el Programa y sus sesiones en términos de los objetivos, el ajuste al contexto y la población, la secuencia y suficiencia de las sesiones, la articulación del trabajo con estudiantes y sus familias, así como la información y los materiales requeridos para su implementación, por medio de una escala de 1 a 10, en donde 1 era la calificación más baja y 10 la más alta. Los resultados indican que la estructura general del programa EP tuvo una validación adecuada, con promedios entre 8.3 y 9.7 (Ver Tabla 1).

Tabla 1*Evaluación general del Programa EP*

Criterios de evaluación	J1	J2	J3	M
Claridad y pertinencia de los objetivos	10	8	10	9.3
Ajuste a las características del contexto educativo	8	10	10	9.3
Ajuste a las características de la población de estudiantes de grado sexto y séptimo y sus familias	7	8	10	8.3
Suficiencia de elementos teóricos necesarios para comprender los componentes a abordar y su pertinencia	9	10	10	9.7
La secuencia en que son abordados cada uno de los componentes es pertinente y permite el logro de los objetivos	9	8	10	9
Articulación entre el trabajo realizado con estudiantes y el trabajo realizado con padres de familia	9	10	8	9
Suficiencia de las sesiones y componentes establecidos para el cumplimiento del objetivo del programa.	7	10	9	8.7
Suficiencia de la información y materiales para la implementación	8	9	9	8.7

De igual manera, se solicitó a los expertos realizar una evaluación a las sesiones diseñadas para cada componente del programa considerando los siguientes criterios: 1 no cumple con el criterio, 2 Bajo nivel de cumplimiento, 3 Moderado nivel de cumplimiento y 4 alto nivel de cumplimiento. Los resultados indican una validación adecuada, pues más del 50% de los jurados asignaron una calificación de 4 a los ítems evaluados, salvo en el criterio de suficiencia correspondiente a la sesión No. 2 de autoestima (Ver tabla 2), por lo cual este componente fue fortalecido desde el trabajo transversal con el área de Educación Artística, además de consignas y piezas gráficas que se compartían con los estudiantes durante las

jornadas escolares. Así mismo, por sugerencia de uno los expertos, se incluyó una nueva sesión al programa, en la cual se realiza un acercamiento inicial a la salud mental y a la importancia del autocuidado.

Tabla 2*Evaluación de sesiones dirigidas a estudiantes*

No. de sesión y componente	Claridad	Pertinencia	Suficiencia	Relevancia
Sesión 1 Autoestima	4	4	3	4
Sesión 2 Autoestima	4	4	2	4
Sesión 3 Afrontamiento	4	4	3	4
Sesión 4 Afrontamiento	4	4	3	4
Sesión 5 Afrontamiento	4	4	4	4
Sesión 6 Apoyo Social	4	4	4	4
Sesión 7 Apoyo Social	4	4	4	4

Frente a la evaluación de las 5 sesiones dirigidas a las familias, se destaca que más del 50% de los jueces indicaron alto nivel de cumplimiento a los criterios de claridad, pertinencia, suficiencia y relevancia de cada sesión.

Efectos del Programa EP sobre los factores protectores asociados a la prevención de las conductas suicidas en adolescentes escolarizados

Considerando que la mayoría de las variables no tienen una distribución normal, se tomó la decisión de hacer un manejo con estadísticas no paramétricas, tal como se muestra en la tabla 3.

Tabla 3*Comprobación de normalidad de los datos*

Variable	Estadístico	Significancia	Conclusión
Autoestima Pre-test	0,972	0,0013993	No se distribuye normal
Autoestima Pos-test	0,978	0,00892594	No se distribuye normal
APGAR Pre-test	0,949	0,00000791502	No se distribuye normal
APGAR Post-test	0,916	2,08584E-8	No se distribuye normal

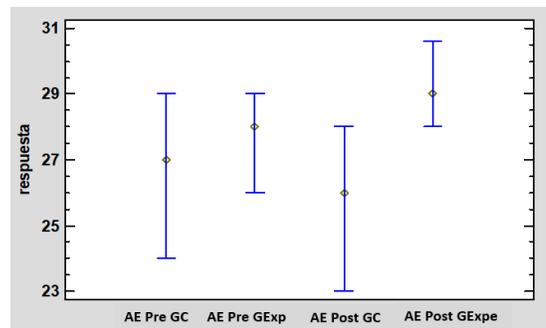
Zimet Flia Pre-test	0,865	2,62339E-11	No se distribuye normal
Zimet Flia Post-test	0,919	3,33481E-8	No se distribuye normal
Zimet Amigos Pre-test	0,885	2,94632E-10	No se distribuye normal
Zimet Amigos-Post	0,899	1,90857E-9	No se distribuye normal
Zimet Otros Significativos Pre-test	0,796	2,95319E-14	No se distribuye normal
Zimet Otros Significativos Post-test	0,867	3,44352E-11	No se distribuye normal
Afrontamiento activo Pre-test	0,978	0,00971739	No se distribuye normal
Afrontamiento activo Post-test	0,990	0,313573	Se distribuye normal
Afrontamiento no Productivo Pre-test	0,984	0,0533409	Se distribuye normal
Afrontamiento no Productivo Post-test	0,986	0,092421	Se distribuye normal
Distanciamiento General Pre-test	0,988	0,179843	Se distribuye normal
Distanciamiento General Post-test	0,985	0,0800157	Se distribuye normal
Busqueda de A.S. Emocional Pre-test	0,977	0,00711073	No se distribuye normal
Busqueda de A.S. Emocional Post-test	0,987	0,123043	Se distribuye normal
Interpretación Positiva Pre-test	0,987	0,141939	Se distribuye normal
Interpretación Positiva Post-test	0,996	0,936663	Se distribuye normal
Busqueda de A.S. Instrumental Pre-test	0,984	0,0480949	No se distribuye normal
Busqueda de A.S. Instrumental Pos-test	0,990	0,293084	Se distribuye normal

Efectos del Programa Escuelas que Protegen sobre la Autoestima

Al revisar los niveles de autoestima por grupos y medidas, se encuentra que mientras en el grupo control esta variable disminuyó, en el grupo experimental sí se presentó un incremento entre el pretest y el posttest. Sin embargo, se observa que el pretest del grupo experimental fue ligeramente superior (ver tabla 4 y figura 2).

Tabla 4*Estadísticos descriptivos de Autoestima, según medidas y grupos*

Variable	Mínimo	Máximo	Mediana	Promedio	Desv Estándar	Rango promedio
AE Pre GC	11,0	37,0	27,0	26,1609	6,41741	162,167
AE Pre GExp	14,0	37,0	28,0	27,1047	5,34466	174,959
AE Post GC	14,0	38,0	26,0	25,7931	6,36147	155,0
AE Post GExp	11,0	40,0	29,0	28,7442	5,92142	202,221
Total	11,0	40,0	28,0	26,9451	6,11009	

Figura 2*Gráfico de Mediana de Autoestima con intervalos de 95% de confianza*

De acuerdo con los resultados de la prueba Kruskal-Wallis (11,2341, valor-P = 0,0105245), se puede afirmar que existe por lo menos un grupo que es estadísticamente diferente de los demás. Al realizar el contraste entre las medidas y grupos, se encontró que la única diferencia significativa se dio entre los niveles post del grupo control y los del grupo experimental. Sin embargo, no se hallaron diferencias entre los demás pares de observaciones (ver tabla 5).

Tabla 5*Contrastes múltiples de Autoestima, de acuerdo con medidas y grupos*

Contraste	Sig.	Diferencia	+/- Límites
AE Pre GC - AE Pre GExp		-12,7926	40,1277
AE Pre GC - AE Post GC		7,16667	40,0116
AE Pre GC - AE Post GExp		-40,0543	40,1277
AE Pre GExp - AE Post GC		19,9593	40,1277
AE Pre GExp - AE Post GExp		-27,2616	40,2435
AE Post GC - AE Post GExp	*	-47,2209	40,1277

* indica una diferencia significativa, Intervalos de Confianza del 95%.

Efectos del Programa EP sobre la funcionalidad familiar

Los niveles de funcionalidad familiar por grupos y medidas muestran que mientras en el grupo control esta variable disminuyó, en el grupo experimental se presentó un incremento entre el pretest y posttest, aunque el pretest del grupo control fue ligeramente superior al del experimental (Ver tabla 6 y figura 3).

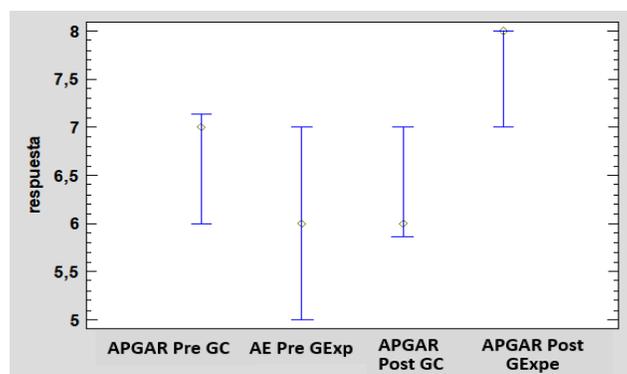
Tabla 6

Estadísticos descriptivos de Funcionalidad familiar, según medidas y grupos

Variable	Mínimo	Máximo	Mediana	Promedio	Des. Estándar	Rango Promedio
APGAR Pre GC	0	10	7,0	6,21839	2,52165	167,109
APGAR Pre GExp	0	10	6,0	6,09302	2,51877	160,924
APGAR-Post GC	0	10	6,0	6,02299	2,70648	161,621
APGAR-Post GExp	0	10	8,0	7,12791	2,41464	204,558
Total	0	10	7,0	6,36416	2,5708	

Figura 3

Gráfico de Medianas APGAR con intervalos de 95% de confianza



Sumado a lo anterior, los resultados de la prueba Kruskal-Wallis (11,41, Valor-P = 0,00970309) muestran dos grupos estadísticamente diferentes a los demás, específicamente entre los niveles pre y post del grupo experimental y entre los niveles post del grupo control y experimental. Los demás pares de observación no indicaron diferencias (Ver tabla 7).

Tabla 7*Contrastes múltiples de funcionalidad familiar, de acuerdo con medidas y grupos*

Contraste	Sig.	Diferencia	+/- Límites
APGAR Pre GC - APGAR Pre GExp		6,18478	40,1277
APGAR Pre GC - APGAR-Post GC		5,48851	40,0116
APGAR Pre GC - APGAR-Post GExp		-37,4489	40,1277
APGAR Pre GExp - APGAR-Post GC		-0,696271	40,1277
APGAR Pre GExp - APGAR-Post GExp	*	-43,6337	40,2435
APGAR-Post GC - APGAR-Post GExp	*	-42,9374	40,1277

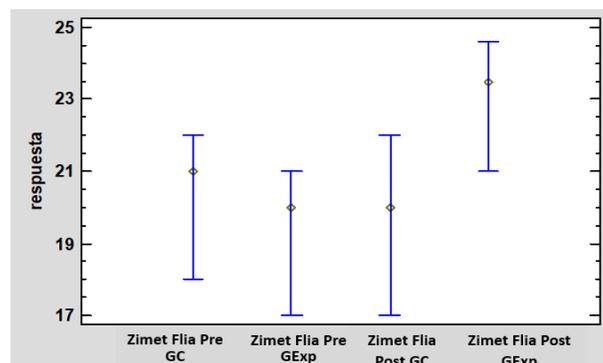
* indica una diferencia significativa, con intervalos de Confianza del 95%.

Efectos del Programa EP sobre el Apoyo Social

Efectos del Programa EP sobre el Apoyo Social percibido de la familia. Al revisar los niveles de Apoyo social percibido de la familia, por grupos y medidas, se encuentra que, mientras en el grupo control esta variable disminuyó, en el grupo experimental se presentó un incremento en el post-test. Igualmente se halla que el pre-test del grupo control fue ligeramente superior al pre-test del grupo experimental (Ver tabla 8 y figura 4).

Tabla 8*Estadísticos descriptivos de Apoyo Social percibido de la familia, según medidas y grupos*

Variable	Mínimo	Máximo	Mediana	Promedio	Desv. estándar	Rango promedio
Zimet Flia-Pre GC	4,0	28,0	21,0	18,3103	6,18571	163,489
Zimet Flia-Pre GExp	5,0	24,0	20,0	18,1744	5,565	158,11
Zimet Flia-Post GC	4,0	24,0	20,0	17,5517	6,14885	152,638
Zimet Flia-Post GExp	6,0	28,0	23,5	21,0814	6,23503	220,122
Total	4,0	28,0	21,0	18,7746	6,16592	163,489

Figura 4*Gráfico de Medianas Zimet Familia con intervalos de 95% de confianza*

De acuerdo con los resultados de la prueba Kruskal-Wallis (25,568, Valor-P = 0,0000117451), se puede afirmar que existen tres grupos que son estadísticamente diferentes a los demás. Al respecto, el contraste entre medidas y grupos muestra que las diferencias significativas se presentaron entre los niveles pre del grupo control y los niveles post del grupo experimental, así mismo, entre los niveles pre y post del grupo experimental y entre los niveles post del grupo control y del grupo experimental (Ver tabla 9).

Tabla 9

Contrastes múltiples de Apoyo social de familia, de acuerdo con medidas y grupos

Contraste	Sig.	Diferencia	+/- Límites
Zimet Flia-Pre GC - Zimet Flia-Pre GExp		5,37804	40,1277
Zimet Flia-Pre GC - Zimet Flia-Post GC		10,8506	40,0116
Zimet Flia-Pre GC - Zimet Flia-Post GExp	*	-56,6336	40,1277
Zimet Flia-Pre GExp - Zimet Flia-Post GC		5,47253	40,1277
Zimet Flia-Pre GExp - Zimet Flia-Post GExp	*	-62,0116	40,2435
Zimet Flia-Post GC - Zimet Flia-Post GExp	*	-67,4842	40,1277

* indica una diferencia significativa, Intervalos de Confianza del 95%.

Efectos del Programa EP sobre el Apoyo Social percibido de los amigos. Al revisar los niveles de Apoyo Social percibido de los amigos, por grupos y medidas, se encuentra que las medidas pre y post de esta variable en el grupo control se mantuvieron iguales, mientras que en el grupo experimental se presentó un incremento entre el pre-test y post test. Así mismo, se evidencia que los niveles Pre-test de los dos grupos fueron iguales (Ver tabla 10 y figura 5).

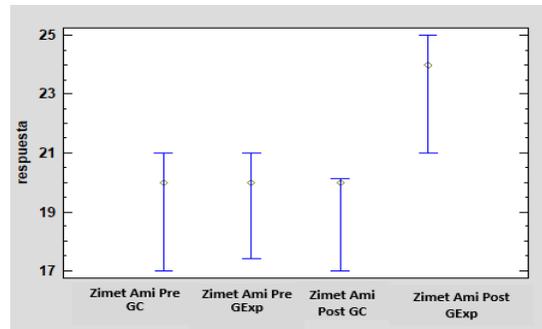
Tabla 10

Estadísticos descriptivos de Apoyo Social percibido de amigos, según medidas y grupos

Variable	Mínimo	Máximo	Mediana	Promedio	Desv. Estándar	Rango promedio
Zimet Amigos-Pre GC	4,0	24,0	20,0	17,046	6,37018	152,586
Zimet Amigos-Pre GExp	7,0	24,0	20,0	18,2791	4,81823	160,558
Zimet Amigos-Post GC	4,0	25,0	20,0	17,1264	6,30025	151,155
Zimet Amigos-Post Exp	4,0	28,0	24,0	21,3023	6,88574	230,203
Total	4,0	28,0	20,0	18,4306	6,35492	

Figura 5

Gráfico de Medianas Zimet amigos con intervalos de 95% de confianza



En el caso de esta variable, los resultados de la prueba Kruskal-Wallis (37,433, Valor- $P = 3,72615E-8$) muestran tres grupos estadísticamente diferentes a los demás, en primera medida, en los niveles pre del grupo control y los niveles post del grupo experimental. Igualmente, en los niveles pre y post de grupo experimental, y finalmente, en los niveles post del grupo control y experimental (Ver tabla 11).

Tabla 11

Contrastes múltiples de Apoyo social percibido de amigos, de acuerdo con medidas y grupos

Contraste	Sig.	Diferencia	+/- Límites
Zimet Amigos-Pre GC - Zimet Amigos-Pre GExp		-7,97193	40,1277
Zimet Amigos-Pre GC - Zimet Amigos-Post GC		1,43103	40,0116
Zimet Amigos-Pre GC - Zimet Amigos-Post GExp	*	-77,6173	40,1277
Zimet Amigos-Pre GExp - Zimet Amigos-Post GC		9,40297	40,1277
Zimet Amigos-Pre GExp - Zimet Amigos-Post GExp	*	-69,6453	40,2435
Zimet Amigos-Post GC - Zimet Amigos-Post GExp	*	-79,0483	40,1277

*Indican una diferencia significativa, con intervalos de confianza del 95,0%

Efectos del Programa EP sobre el Apoyo Social percibido de otros significativos.

Los niveles de Apoyo social percibido de otros significativos, según medidas y grupos, indican que no se presentaron cambios en el pre-test y post-test del grupo control, mientras que el grupo experimental presentó un incremento del pre-test al post-test, como puede evidenciarse en la tabla 12 y la figura 6.

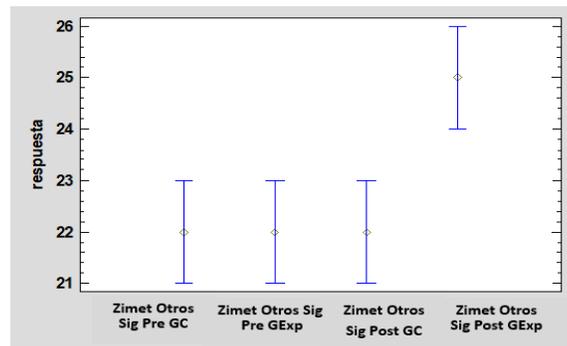
Tabla 12

Estadísticos descriptivos de Apoyo social percibido de otros significativos, según medidas y grupos

Variable	Mínimo	Máximo	Mediana	Promedio	Desviación Estándar	Rango promedio
Zimet Otros Pre GC	5,0	26,0	22,0	20,5287	4,57201	157,707
Zimet Otros Pre GExp	7,0	25,0	22,0	19,9186	4,97574	149,936
Zimet Otros - Post GC	6,0	24,0	22,0	20,2759	4,61214	152,316
Zimet Otros - Post GExp	4,0	28,0	25,0	23,0116	5,79349	234,471
Total	4,0	28,0	23,0	20,9306	5,1348	

Figura 6

Gráfico de Medianas Zimet otros significativos con intervalos de 95% de confianza



Los resultados de la prueba Kruskal-Wallis (43,5206, Valor-P = 1,90798E-9) muestran que existen tres grupos estadísticamente diferentes de los demás. Al realizar el contraste entre las medidas y grupos, se encontró diferencias significativas entre los niveles pre del grupo control y el post del grupo experimental; así mismo, se encontraron diferencias entre los niveles pre y post del grupo experimental y entre los niveles post del grupo control y experimental, tal como se muestra en la tabla 13.

Tabla 13

Contrastes múltiples de apoyo social percibido de otros significativos, de acuerdo con medidas y grupos

Contraste	Sig.	Diferencia	+/- Límites
Zimet Otros Pre GC - Zimet Otros Pre GExp		7,77085	40,1277
Zimet Otros Pre GC - Zimet Otros - Post GC		5,3908	40,0116
Zimet Otros Pre GC - Zimet Otros - Post GExp	*	-76,764	40,1277
Zimet Otros Pre GExp - Zimet Otros - Post GC		-2,38005	40,1277
Zimet Otros Pre GExp - Zimet Otros - Post GExp	*	-84,5349	40,2435

Zimet Otros - Post GC - Zimet Otros - Post GExp	*	-82,1548	40,1277
---	---	----------	---------

*Indican una diferencia significativa, con intervalos de confianza del 95,0%

Efectos del Programa EP sobre el afrontamiento

Efectos del Programa EP sobre el afrontamiento activo. Los niveles de afrontamiento activo por grupos y medidas indican que, mientras en el grupo control esta variable disminuyó, en el grupo experimental no se presentaron cambios. Cabe resaltar que las medidas Pre-test del grupo experimental fueron mayores a las del grupo control, tal como se muestra en la Tabla 14 y la Figura 7.

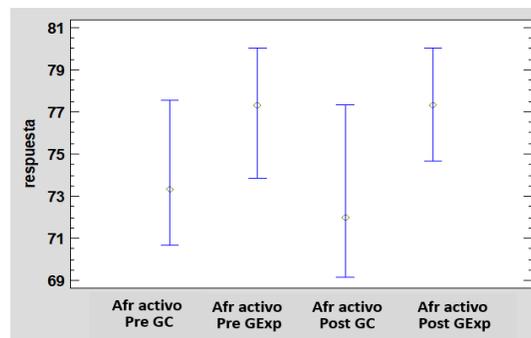
Tabla 14

Estadísticos descriptivos de Afrontamiento activo, según medidas y grupos

Variable	Mínimo	Máximo	Mediana	Promedio	Desv. estándar	Rango promedio
Afr activo-Pre GC	41,3333	94,6667	73,3333	72,9234	12,0403	162,236
Afr activo-Pre GExp	36,0	98,6667	77,3333	75,062	12,0501	181,622
Afr activo-Post GC	48,0	96,0	72,0	72,8123	10,7761	158,017
Afr activo-Post GExp	40,0	100,0	77,3333	76,5078	12,6472	192,436
Total	36,0	100,0	76,0	74,3179	11,9441	162,236

Figura 7

Gráfico de Medianas Afrontamiento Activo, con intervalos de 95% de confianza



Sumado a lo anterior, los resultados de la prueba de Kruskal-Wallis para afrontamiento activo (6,84537, Valor-P = 0,0769912) indican que no existe una diferencia estadísticamente significativa en esta variable con un nivel del 95,0% de confianza.

Efectos del Programa EP sobre el afrontamiento no productivo. Al analizar los niveles de afrontamiento no productivo por grupos y medidas, se encuentra que, mientras los niveles post del grupo control incrementaron, los del grupo experimental disminuyeron. Además se evidencia que, el pre-test del grupo experimental fue superior al del grupo control (Ver tabla 15 y figura 8).

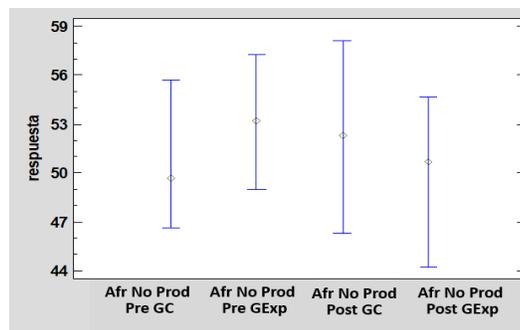
Tabla 15

Estadísticos descriptivos de Afrontamiento no productivo, según medidas y grupos

Variable	Mínimo	Máximo	Mediana	Promedio	Desv. estándar	Rango promedio
Afr No Prod Pre GC	22,6667	88,3333	49,6667	52,7663	15,7085	175,736
Afr No Prod Pre GExp	21,3333	84,6667	53,1667	52,5194	14,9632	178,913
Afr No Prod Post GC	20,0	93,3333	52,3333	53,682	17,3153	181,517
Afr No Prod Post GExp	20,0	82,6667	50,6667	49,2829	14,0305	157,715
Total	20,0	93,3333	51,8333	52,0694	15,578	

Figura 8

Gráfico de medianas Afrontamiento no productivo, con intervalos de 95% de confianza



Considerando que los resultados de la prueba de Kruskal-Wallis para afrontamiento no productivo fue 2,99615 y el valor de $p = 0,392215$, se puede afirmar que no existe una diferencia estadísticamente significativa para esta variable, con un nivel del 95,0% de confianza.

Efectos del Programa EP sobre el distanciamiento en general. El análisis de la variable distanciamiento en general, según grupos y medidas, muestra un incremento en el post-test del grupo control, y una reducción en los niveles de la variable en el grupo experimental. Así mismo se observa que el pre-test del grupo experimental es superior al del grupo control (Ver tabla 16 y figura 9).

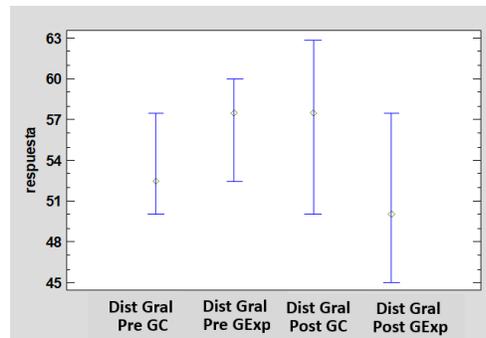
Tabla 16

Estadísticos descriptivos de distanciamiento en general, según medidas y grupos

Variable	Mínimo	Máximo	Mediana	Promedio	Desv. Estándar	Rango Promedio
Dist Gral- Pre GC	20,0	90,0	52,5	55,3506	15,8965	174,77
Dist Gral- Pre GExp	20,0	90,0	57,5	56,093	14,4127	182,535
Dist Gral Post GC	20,0	90,0	57,5	56,9368	16,2334	186,368
Dist Gral Post GExp	20,0	85,0	50,0	51,0872	15,0958	150,163
Total	20,0	90,0	55,0	54,8743	15,5268	

Figura 9

Gráfico de medianas Distanciamiento en general, con intervalos de 95.0% de confianza

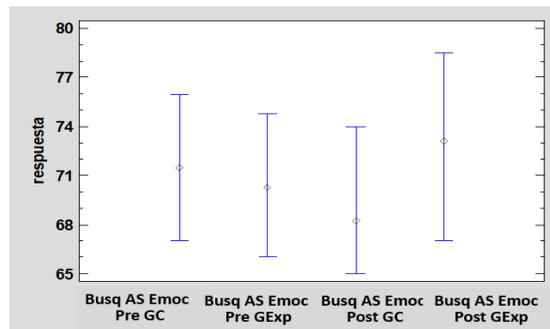


Adicionalmente, los resultados de la prueba de Kruskal-Wallis para esta variable (6,85222, Valor-p = 0,0767583) indican que no existe una diferencia estadísticamente significativa entre los grupos y medidas analizadas para esta variable, con un 95,0% de confianza.

Efectos del Programa EP sobre la búsqueda de apoyo emocional. Al analizar los niveles de esta variable por grupos y medidas, se encuentra que las medidas post del grupo experimental presentaron un incremento, mientras que las del grupo control disminuyeron, además, indican que las medidas pre del grupo control fueron ligeramente superiores (Ver tabla 17 y figura 10).

Tabla 17*Estadísticos descriptivos de Búsqueda de apoyo emocional, según medidas y grupos*

Variable	Mínimo	Máximo	Mediana	Promedio	Des. Estándar	Rango Promedio
Busq AS Emoc Pre GC	41,5	98,0	71,5	69,9799	13,1425	173,822
Busq AS Emoc Pre GExp	35,0	92,25	70,25	68,689	12,8335	165,169
Busq AS Emoc Post GC	40,25	98,0	68,25	69,4368	12,8766	166,701
Busq AS Emoc Post GExp	47,0	95,0	73,125	72,1831	12,0724	188,384
Total	35,0	98,0	70,25	70,0701	12,7501	

Figura 10*Gráfico de medianas Búsqueda de apoyo social emocional, con intervalos de 95.0% de confianza*

Por otra parte, la prueba de Kruskal-Wallis indica que no se presentaron cambios estadísticamente significativos en esta variable (2,90386, valor de $p = 0,406682$)

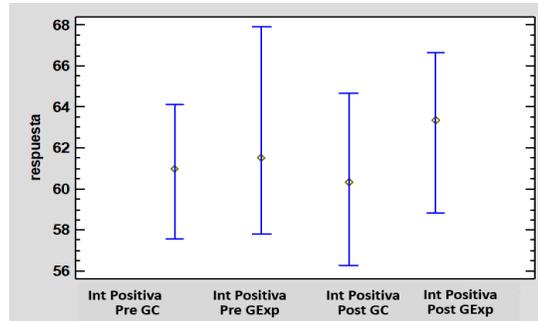
Efectos del Programa EP sobre interpretación positiva. Se observa un incremento en el post del grupo experimental, mientras que el grupo control indica una ligera disminución, por otro lado se observa que los niveles pre del grupo control y experimental fueron similares (Ver tabla 18 y figura 11).

Tabla 18*Estadísticos descriptivos de interpretación positiva, según medidas y grupos*

Variable	Mínimo	Máximo	Mediana	Promedio	Desv. Estándar	Rango Promedio
Int Positiva Pre GC	23,3333	90,0	61,0	61,5172	14,2649	172,598
Int Positiva Pre GExp	28,0	90,0	61,5	61,9109	13,928	176,733
Int Positiva Post GC	26,3333	97,0	60,3333	60,1494	14,1311	162,948
Int Positiva Post GExp	29,3333	93,3333	63,3333	62,8256	12,8593	181,855
Total	23,3333	97,0	61,6667	61,5963	13,7829	

Figura 11

Gráfico de medianas Interpretación positiva, con intervalos de 95,0%



Frente a los resultados de la prueba de Kruskal-Wallis (1,66522, valor-P = 0,644691), estos indican que no se presentaron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos y medidas para esta variable.

Efectos del Programa EP sobre búsqueda de apoyo social instrumental. Los niveles de esta variable por grupos y medidas muestran un incremento entre el pretest y el post-test del grupo experimental; por otra parte, indican que las medidas del post-test en el grupo control disminuyeron. Igualmente, se observa que el pretest del grupo control fue superior al del grupo experimental, tal como se evidencia en la tabla 19 y la figura 12.

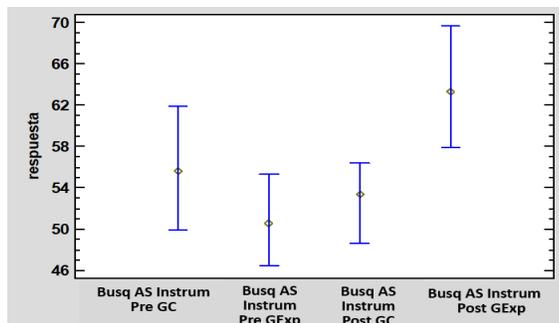
Tabla 19

Estadísticos descriptivos de búsqueda de apoyo social instrumental según medidas y grupos

Variable	Mínimo	Máximo	Mediana	Promedio	Desv Estándar	Rango Promedio
Busq AS Instrum Pre GC	21,6667	89,3333	55,6667	56,2976	15,6746	173,603
Busq AS Instrum Pre GExp	22,0	90,0	50,5	52,5891	15,6002	149,669
Busq AS Instrum Post GC	25,0	86,3333	53,3333	53,1494	14,3839	155,063
Busq AS Instrum Post GExp	23,0	95,0	63,3333	63,093	15,3187	215,878
Total	21,6667	95,0	55,3333	56,2733	15,7491	

Figura 12

Gráfico de medianas Búsqueda de apoyo social instrumental, con intervalos de 95,0%



Por su parte, los resultados de la prueba Kruskal-Wallis (23,2764, Valor-P = 0,0000353642) indican que existen tres grupos estadísticamente diferentes de los demás. Al realizar el contraste entre las medidas y grupos se encontró diferencias significativas entre los niveles pre del grupo control y los niveles post del grupo experimental. Así mismo, entre las medidas pre y post del grupo experimental y las correspondientes al post del grupo control y el grupo experimental, así como se muestra en la tabla 20.

Tabla 20

Contrastes múltiples de búsqueda de apoyo social instrumental, de acuerdo con medidas y grupos

Contraste	Sig.	Diferencia	+/- Límites
Busq AS Instrum Pre GC - Busq AS Instrum Pre GExp		23,9348	40,1277
Busq AS Instrum Pre GC - Busq AS Instrum Post GC		18,5402	40,0116
Busq AS Instrum Pre GC - Busq AS Instrum Post GExp	*	-42,2745	40,1277
Busq AS Instrum Pre GExp - Busq AS Instrum Post GC		-5,39461	40,1277
Busq AS Instrum Pre GExp - Busq AS Instrum Post GExp	*	-66,2093	40,2435
Busq AS Instrum Post GC - Busq AS Instrum Post GExp	*	-60,8147	40,1277

* indica una diferencia significativa, con intervalos de confianza del 95,0%

Experiencia de implementación del Programa EP

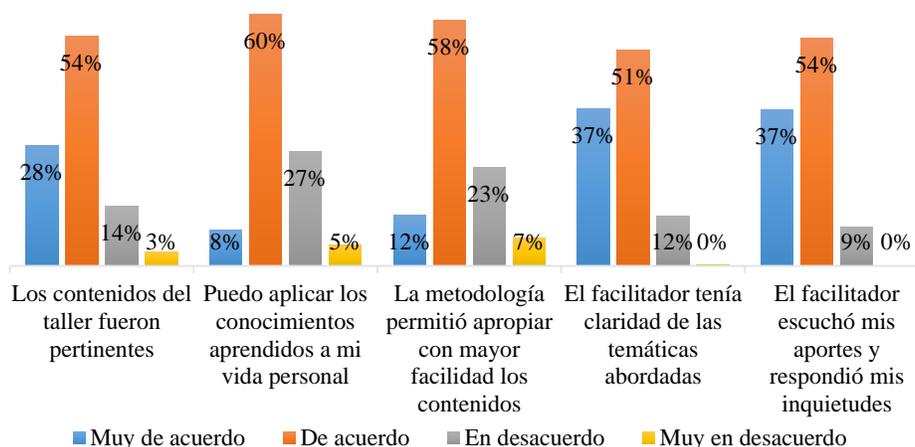
Dentro de este proceso se tuvieron en cuenta, las evaluaciones realizadas por la muestra que integró el grupo experimental y las entrevistas desarrolladas con los docentes vinculados al proceso.

Frente a las primeras, los resultados muestran valoraciones más favorables a los criterios que evaluaban la pertinencia de las temáticas abordadas, la disposición del facilitador para responder inquietudes y escuchar aportes, así como, aquellas que revisaban la

claridad frente a las temáticas abordadas; mientras que los criterios referentes a la posibilidad de aplicar los conocimientos aprendidos a la vida personal y la pertinencia de la metodología para apropiarse los contenidos obtuvieron una valoración más baja. Cifras que resaltan las fortalezas y oportunidades de mejora del programa EP (Ver figura 13).

Figura 13

Evaluación de sesiones por parte de estudiantes



Integrando los datos obtenidos de esta evaluación y los aportes realizados por los docentes, a continuación se presentan los elementos significativos de la experiencia de implementación del Programa EP.

Logros percibidos

Entre los logros percibidos se destacan los avances en casos de estudiantes con dificultades a nivel emocional y familiar, al respecto refieren:

“...me siento contenta porque se logró en tres casos específicos, uno fue que había intento de suicidio, se trabajó muchísimo con los padres de familia, hoy en día yo lo veo al estudiante y ya no he escuchado, por ejemplo, que tenga esas intenciones de quitarse la vida...” (Docente1).

Frente a los avances en estos casos, destacan el apoyo familiar, la expresión de afecto en el hogar, la reducción de crisis emocionales en la jornada escolar, así como la integración de los estudiantes y la búsqueda de apoyo, como se detalla más adelante. Los participantes

relacionan estos avances con el trabajo realizado con las familias: “Yo creo que influyó de forma positiva en algunos estudiantes que tenían dificultades sobre todo emocionales y aquellos estudiantes que habían tenido esas dificultades lograron mejorar” (Docente 1).

Sumando a lo anterior, los participantes perciben como otro logro, el alcanzado a nivel de convivencia y apoyo entre estudiantes, de este modo destacan que el carácter colectivo de las intervenciones, en espacios distintos a los académicos, permitió el desarrollo de escenarios para el compartir y la integración; frente a ello expresan “...Como cosas objetivas de la experiencia, yo creería la integración, porque hubo actividades en grupo y eso desarrolla también la convivencia entre ellos” (Docente 2),

De igual forma reconocen que estos espacios promovieron el apoyo entre estudiantes, frente a este punto señalan que la posibilidad de compartir experiencias personales y hablar de temas que incluyen el componente emocional, facilita la empatía hacia el otro, y por ende el apoyo, “...en esos casitos se evidenció y sobre todo la no discriminación, porque eran casitos muy particulares, donde de igual manera era muy difícil el manejo y también necesitaban del apoyo...” (Docente 2).

Además resaltan el valor que tuvo el apoyo recibido para los adolescentes “...algo muy bonito que se vio, fue la convivencia, el compartir, el ayudar a la persona, que aparentemente estaba estancada logra terminar y no se siente aislada, se siente valorada” (Docente 3)

Adicionalmente, reconocen mayor apertura de los estudiantes para pedir y recibir apoyo, en este sentido expresan:

“...Muchos estudiantes aprendieron a comentar las situaciones, era un grupo que cuando se inició el proyecto, me acuerdo tanto, era voto de silencio, después, se miraba a los estudiantes que ya estaban buscando ayuda, entonces me comentaban sus particularidades, sus conflictos y se empezó a hacer un apoyo...” (Docente)

Finalmente, perciben como logros, el reconocimiento de los espacios de formación para padres, como herramienta para la prevención de situaciones de riesgo, y el fortalecimiento de los vínculos afectivos en algunas familias, situación que se evidencia en expresiones como:

“... las intervenciones con padres fue positiva, porque en las reuniones o entrega de informes, los padres comentaban alguna particularidad, pero venían los que habían asistido a los talleres y comentaban que esos temas se habían trabajado en la escuela, incluso los mismos

padres les decían que asistan, que eran de gran ayuda para la problemática que se estaba viviendo” (Docente 2).

“Hubo también otros casos también como de la relación familiar, que no se la llevaban bien ¿ya? el estudiante con los padres de familia, pero a partir de ahí se logró que ellos lograran como establecer ese vínculo familiar” (Docente 1).

Aspectos psicosociales relacionados con la participación de las familias

Dentro de esta categoría se abordan los aspectos relacionados con la participación y permanencia de las familias en el programa EP, donde se identifican situaciones como el nivel educativo de los padres, el trabajo que desempeñan, la carga laboral, la percepción de riesgos durante la adolescencia y el cumplimiento de labores del hogar.

Frente al nivel educativo y ocupación, los docentes refieren alta participación de las familias con mayor nivel de formación y con trabajos formales, cuyos horarios facilitan la asistencia a los encuentros de padres, y que además, reconocen como importantes estos escenarios de formación para prevenir situaciones de riesgo durante la adolescencia, situación que se presentó de forma distinta en los padres con menor nivel educativo y con trabajos informales u operativos, como se evidencia en las siguientes expresiones:

” ...la mayoría de los padres de familia eran dedicados, digamos, así, a actividades no profesionales, por ejemplo oficios, eran conductores, eran amas de casa, estaban en la panadería, ese tipo de labores, por lo tanto su nivel académico, digamos, influía bastante. A diferencia de aquellos que tenían una carrera y ellos entonces si eran receptivos al proceso que se estaba desarrollando. En cambio los otros no, era como para ellos, perder el tiempo, decían que esos espacios no eran necesarios, y que prácticamente era pedir permiso, para ir a perder el tiempo, en lugar de trabajar o hacer las labores de la casa que eran muchas” (Docente 2).

De este modo, señalan que varias de estas familias tenían mayor dificultad y menor motivación para asistir a estos encuentros; pues además de lo mencionado, la jornada y la carga laboral influían en su participación “...varios presentaron esa falla por el trabajo o porque salían muy cansados...” (Docente 1).

Por último, reconocen que el cumplimiento de las labores domésticas y la percepción de independencia y mayor autosuficiencia de los hijos durante la educación media, influyó en la participación de las familias en el proyecto EP y demás procesos que se desarrollan en la

Institución Educativa, que tienen que ver con el componente socioemocional; en relación a lo anterior, expresan: “A veces piensan, no, ya están en bachillerato, ellos pueden asumir ya su responsabilidad solos y los dejan prácticamente solos” (Docente).

Fortalezas y debilidades del Programa EP.

Dentro de las fortalezas se reconoce la distribución y organización de horarios para las intervenciones con estudiantes, pues para su desarrollo se tomó una clase de cada área académica, lo cual, de acuerdo a los docentes, no interfiere en el desarrollo de la programación curricular.

Así mismo, la vinculación de un docente líder, que para el caso, estuvo conformado por los profesores con función de dirección de grupo; al respecto consideran que a través de estas articulaciones se fortalece la motivación de los estudiantes y sus familias, se brinda una retroalimentación por parte del docente, quien comparte más tiempo con los estudiantes y por ende conoce los avances y dificultades que se presenten en el proceso, en este sentido manifiestan: “...otra fortaleza fue trabajar con el director de grupo, yo sí creo que el director de grupo si debe estar presente en estos procesos ¿ya?, sobre todo cuando hay dificultades que sean emocionales ...” (Docente 1).

Como otro elemento importante destacan, la inclusión de un componente para la intervención con familias, argumentado que los espacios de formación para padres y cuidadores son necesarios, al considerar que muchas de las dificultades a nivel socioemocional y académico se relacionan con los conflictos o problemas presentes en el hogar, frente a este aspecto indican: “...esto más que todo es muy familiar y lo que está pasando internamente en sus familias, por eso es tan importante orientar a las familias, ahí está la clave” (Docente)

Dentro de este mismo punto destacan el carácter vivencial de las intervenciones, y los ejercicios realizados con familias, indicando que estos fortalecen la participación y los vínculos afectivos en las familias, en este sentido indican: “En la actividad que hicimos con el 7-1, todos cumplieron con la actividad de hacerles la carta, fue bastante emotivo, yo mire varios estudiantes llorando, decían, no, pero como mi papá a los tiempos me escribe una carta...” (Docente 1)

De otro lado se destaca como un acierto la articulación con el área de Educación Artística, pues consideran que estos procesos permiten vincular a otros docentes en acciones orientadas a fortalecer el bienestar de los estudiantes, además consideran que el arte propicia

espacios para la expresión emocional, frente a ello mencionan: “A través del arte se expresan, se desahogan, y muchos sienten la confianza de hablar” (Docente 3).

Así como se destacaron algunos logros del proceso, también es importante reconocer las barreras que emergieron en la experiencia, éstas se enfocaron en los siguientes aspectos: Limitación en recursos físicos, materiales y tecnológicos, número de estudiantes, intensidad horaria, asistencia y permanencia de las familias en el programa.

Frente al primer aspecto, enfatizan en la necesidad de contar con los recursos necesarios para el desarrollo de intervenciones con estudiantes y familias; pues estos afectan negativamente la metodología y el impacto que puedan tener, al respecto expresan: “Uno, no tenemos un espacio adecuado... todo eso, se vuelve muy limitante, Dos, lo tecnológico ¿no?, tener un buen amplificador para la música, todas esas cosas... no se puede trabajar con los materiales que uno quisiera” (Docente 3).

De igual manera se reconoce como un aspecto limitante, el número de participantes, que para el presente estudio estuvo conformado por grupos de 44 estudiantes, frente a este punto manifiestan: “...que se trabaje en grupos más reducidos, porque normalmente estos grupos están por encima de los 45 estudiantes y trabajar con 45 estudiantes muchas veces uno llega a la mitad, sobre todo cuando se tocan temas tan personales...” (Docente 2).

Además, identifican como debilidad la intensidad horaria, específicamente en el componente de autoestima, lo que se evidencia en expresiones como: “Que se amplíe lo que es las horas o intensidad en el tema de autoestima, porque a veces con los talleres o temáticas que se logre avanzar no es tan factible ver un buen proceso” (Docente 2).

De igual manera manifiestan que la inasistencia de algunas familias al Programa constituye una debilidad en la experiencia de implementación, pues su desinterés en estos espacios influía en el comportamiento y motivación de los estudiantes: “...al seguir un patrón de conducta, ellos tampoco le encontraban interés a los talleres, a diferencias de otros que si lo miraban y lo aprovechaban, lo que se reflejaba en el hogar, se transmitía con los estudiantes” (Docente 2).

Aportes para el fortalecimiento del Programa EP

Entre los aportes realizados se destacan: La capacitación a docentes líderes para replicar el Programa EP, y a la vez, la vinculación de los demás docentes que integran la institución educativa en el proceso de implementación, argumentando que estas acciones permitirían, por

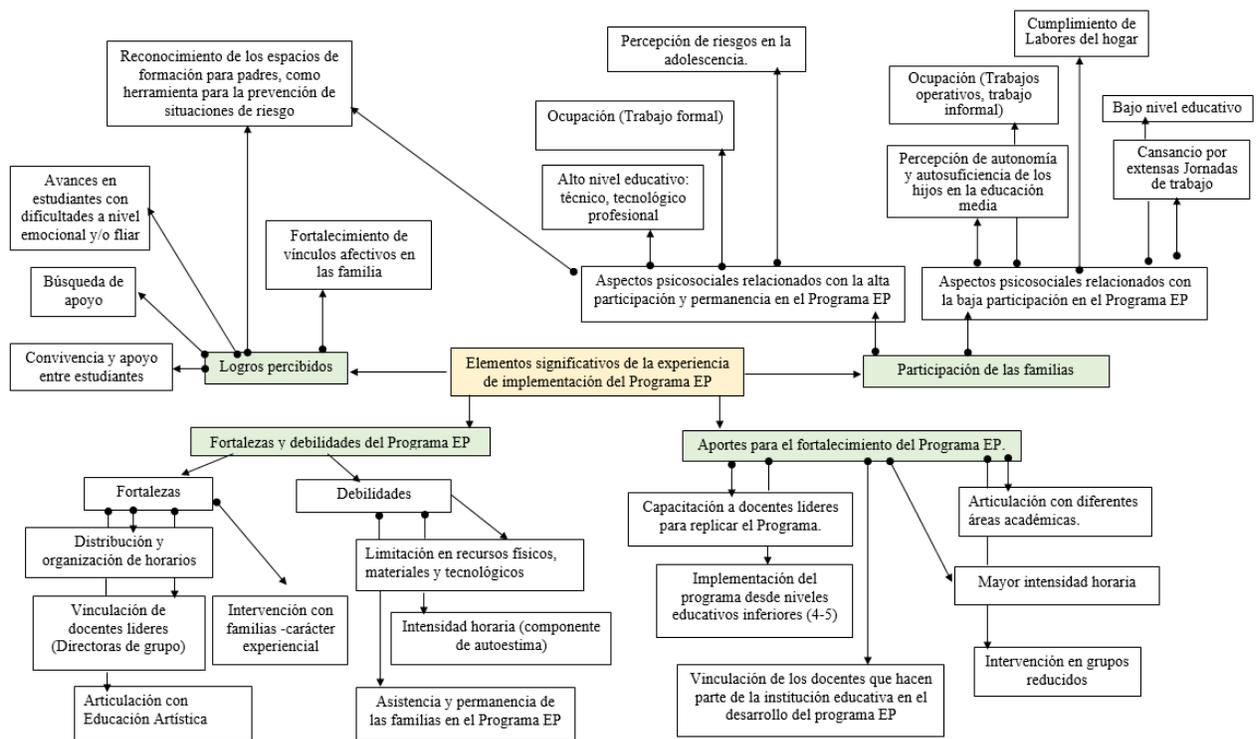
un lado ampliar la cobertura de intervención en otros grupos de estudiantes y por otro facilitaría el involucramiento de los maestros en los procesos que aporten a la salud mental de los estudiantes; en coherencia con lo anterior expresan: "...es necesario vincular a otros docentes, que ellos conozcan también e intervengan en los talleres, porque piensan que son temas aislados y que se está perdiendo el tiempo y uno en esos espacios aprende ..."(Docente 2)

Adicionalmente resaltan la pertinencia de implementar el programa EP u otros similares desde niveles inferiores a los trabajados en el presente estudio, esto considerando que las conductas suicidas se presentan de manera temprana, haciendo alusión a los casos de estudiantes que presentaron dichas conductas en los grados sexto y séptimo.

Finalmente, se sugiere mantener grupos reducidos para la intervención con estudiantes y ampliar la intensidad horaria, principalmente en el componente de autoestima, considerando que con estos ajustes el programa podría tener mayor impacto en el bienestar de los estudiantes y sus familias.

Figura 14

Elementos significativos de la experiencia de implementación del Programa EP



Discusión

El objetivo de la presente investigación fue determinar la eficacia del programa EP en el fortalecimiento de factores protectores asociados a la prevención de conductas suicidas, en estudiantes de grados sexto y séptimo del Liceo de la Universidad de Nariño.

En primer lugar, los resultados muestran un incremento en la variable autoestima; sin embargo, este no es estadísticamente significativo; manteniéndose, según lo establecido por Gomez-Lugo *et al.* (2016) en un nivel medio (26 a 29 puntos), antes y después de la implementación del Programa; al respecto, estudios como el de Rodríguez-Naranjo y Caño-Gonzales (2012) señalan que las intervenciones orientadas a fortalecer la autoestima en adolescentes, alcanzan resultados superiores cuando se enfocan directamente en esta variable que cuando persiguen indirectamente su mejora centrándose en otros objetivos o abordando, al tiempo, diferentes variables.

Por su parte, Alonso y Roman (2005), Bulanda y Majumdar (2009), Musitu y García (2004) y González-Pienda *et al.* (2002), encontraron que, si bien dentro de estos programas, es importante abordar temas como el autoconocimiento, la autoaceptación, entre otros, resulta especialmente relevante, reconocer que la autoestima de los y las adolescentes está influenciada por las experiencias de reforzamiento positivas y por la retroalimentación que reciben a lo largo de su vida, por lo cual, concluyen que es necesario incluir dentro de sus componentes, acciones que permitan producir cambios en las pautas educativas, no solo de los padres, sino también de aquellos que actúan como agentes educativos desde edades tempranas, con el objetivo de mejorar la retroalimentación que recibe el adolescente de los otros significativos por sus conductas y con ello fortalecer su autoestima. Estos aspectos coinciden con los hallazgos encontrados en la presente investigación, donde se pone de relieve la necesidad de involucrar a los y las docentes que integran las comunidades educativas en el fortalecimiento de factores protectores como los aquí señalados y por ende en la promoción de la salud mental y la prevención de las conductas suicidas.

Los resultados obtenidos en el componente de Funcionalidad familiar muestran, por un lado, los aportes que pueden alcanzarse a través de intervenciones dirigidas a padres, madres y cuidadores, y por otro, ponen de relieve, los factores psicosociales que influyen en su participación y permanencia en estos procesos.

Frente al primer elemento, se encontró que aquellas familias que participaron en la implementación del programa incrementaron los niveles de funcionalidad familiar, pasando de disfunción moderada a funcionalidad normal, situación contraria a la ocurrida con aquellas familias que no recibieron la intervención, quienes de acuerdo a los datos, redujeron los niveles de funcionalidad.

Aunque estos resultados indican eficacia del programa en el fortalecimiento de esta variable, es necesario hacer una reflexión profunda del tema, pues al revisar los puntajes mínimos y máximos obtenidos en el análisis de este componente, se encuentran puntuaciones que muestran casos de estudiantes que perciben disfunción grave en sus hogares, y que se mantienen antes y después de la implementación del programa, situación que puede estar relacionada con aquellas familias que presentaron baja o nula participación en el proceso; al respecto, los hallazgos del presente estudio ponen de manifiesto factores psicosociales, como: la carga laboral y condiciones de trabajo de los padres, su nivel educativo, los recursos económicos, el cumplimiento de labores domésticas, entre otros aspectos que influyeron en la baja o nula participación en el programa.

Estos hallazgos, son coherentes con lo establecido en la Estrategia Nacional para la Prevención de las Conductas Suicidas en Colombia, dónde se reconoce el papel de la satisfacción de las necesidades humanas, como una acción fundamental para la prevención de este fenómeno (MSPS, 2021), todo esto, invita a pensar, que si bien los programas de prevención de las conductas suicidas dirigidas a estudiantes y familias, constituyen un aporte a las comunidades educativas para el abordaje oportuno de este fenómeno, es fundamental aunar esfuerzos que respondan a las problemáticas psicosociales que influyen en la manera en que las familias responden a la crianza y cuidado de sus hijos e hijas. En un sentido similar, el MSPS (2021) señala que “al ser las necesidades humanas un factor potenciador de la conducta suicida y un determinante social, su satisfacción dependerá, en gran medida, de las apuestas políticas e intersectoriales que se adelanten” (p. 23).

Como otro punto importante en este componte, se resalta la pertinencia de mantener un carácter colectivo y experiencial en las intervenciones para familias, pues de acuerdo a los resultados, estas incrementan la motivación y crean escenarios en donde adquieren herramientas para la crianza de sus hijos, desde la experiencia propia y la de otras familias. Estos resultados coinciden con los encontrados por Martin-Quintana, et al. (2009) quienes

compararon diferentes modelos de formación para padres, y concluyeron que aquellas intervenciones que se desarrollaban a través de un modelo experiencial y se realizaban en sesiones grupales con otros padres o madres, favorecían la construcción compartida del conocimiento.

Respecto al Apoyo Social, se evaluó el efecto del programa EP, sobre el apoyo percibido de la familia, los amigos y otros significativos en la vida de los estudiantes (p.e. pareja, docentes, padrinos), los resultados mostraron incremento en cada una de las variables, lo cual guarda relación con los hallazgos obtenidos en el componente de funcionalidad familiar, y la estrategia de afrontamiento basadas en búsqueda de apoyo social instrumental, así como, con las mejoras en la convivencia.

En cuanto a los primeros, los resultados dejan ver la pertinencia de desarrollar intervenciones que incluyan a los estudiantes y sus familias, pues resultan complementarias, así, por ejemplo, mientras los talleres con estudiantes tenían entre sus objetivos fortalecer las habilidades para la búsqueda de ayuda y la identificación de redes de apoyo, dentro de los encuentros con las familias y cuidadores se brindaban herramientas para promover el apoyo familiar y la búsqueda de ayuda a partir de la validación emocional. De este modo, no solo se potencia el factor protector personal; sino también se crea un ambiente afectivo y seguro, que refuerza en los y las adolescentes la búsqueda de apoyo, como un comportamiento positivo. Estos resultados coinciden con lo referido por Hendricks y Rousseau (s.f.) quienes señalan que validar las emociones provoca en los hijos sensación de comprensión y reconocimiento de su experiencia, además, se sienten escuchados, aumentan la confianza.

Frente al afrontamiento, la prueba ACS evaluó las estrategias de afrontamiento que utilizan los adolescentes, las cuales se agrupan en 6 dimensiones.

La primera denominada afrontamiento activo, no presentó cambios estadísticamente significativos, sin embargo la interpretación de las puntuaciones obtenidas deja ver que esta estrategia es utilizada a menudo por los estudiantes, lo cual representa un recurso, pues como lo plantea Canessa (2002) el afrontamiento activo indica una respuesta adaptativa a los problemas y por ende debería seguirse fortaleciendo con esta y otras poblaciones con características similares, entre otras razones, porque el afrontamiento activo es considerado una competencia psicosocial, para enfrentar las demandas de la vida

En segundo lugar se encuentra la dimensión denominada afrontamiento no productivo, que agrupa las escalas: No afrontamiento, reducción de la tensión y autoinculparse, las cuales se relacionan con una incapacidad del sujeto para afrontar los problemas. Aunque los cambios de esta variable no son estadísticamente significativos, es interesante observar que después de la aplicación del Programa EP, los niveles de esta variable disminuyeron en el grupo experimental e incrementaron en el grupo control. Al respecto Lazarus y Folkman (1986, citados en Canessa 2002) refieren que el afrontamiento es un proceso, que depende del contexto y de los recursos que este le permita potenciar; en coherencia con este planteamiento, se puede inferir que el desarrollo de programas como el que aquí se presenta, constituye un aporte dentro de este proceso, pues aquellos estudiantes que no lo recibieron, presentaron un incremento en esta variable que representa un afrontamiento poco adaptativo y efectivo.

En tercer lugar se encuentra la dimensión denominada distanciamiento en general, que incluye las escalas: Ignorar el problema y reservarlo para sí, las cuales se refieren a un intento de negar el problema y aislarse de él y de las demás personas para tratar de evitarlo. Los resultados indican un incremento en el post-test del grupo control, y una reducción en los niveles de la variable en el grupo experimental, aun cuando las medidas pre del grupo experimental fueron superiores a las del grupo control, lo cual es positivo, al reconocer que los adolescentes que emplean cotidianamente estas estrategias de afrontamiento, tienden a negar el problema y la preocupación que sienten, y con ello, evitan que los demás sepan lo que les sucede, negando, no solo el problema, sino también la posibilidad de recibir apoyo (Canessa, 2002).

En cuarto lugar se encuentra la dimensión denominada búsqueda de apoyo social y emocional frente al problema, que integra las estrategias: Invertir en amigos íntimos, buscar pertenencia, buscar diversiones relajantes y distracción física, las cuales aluden a la búsqueda de personas significativas, como, por ejemplo, amigos o sujetos del sexo opuesto, con el fin de realizar actividades relajantes y física. Los resultados indican que los estudiantes del grupo experimental utilizaban a menudo estas estrategias antes de la implementación del programa, por lo cual aunque se presentó incremento en el post-test, este no fue significativo, aspectos que son positivos en la prevención de las conductas suicidas, al considerar que, en estas estrategias de afrontamiento, los adolescentes buscan “soporte moral, simpatía y comprensión por parte de otros” (Canessa, 2002, p. 32). En cambio los adolescentes del grupo control

disminuyeron la frecuencia con que utilizaban estas estrategias, entre el pre-test y el post-test, reduciendo así, la probabilidad de acceder a estos recursos.

La quinta dimensión, se denomina interpretación positiva del problema e incluye las estrategias: hacerse ilusiones, buscar ayuda espiritual y fijarse en lo positivo, “estas tienen que ver con el hecho de afrontar los problemas, reflejando una visión positiva y optimista y teniendo expectativas de que éstos se pueden resolver” (Canessa, 2002, p. 32). Los resultados indican un incremento en el post-test del grupo experimental, sin embargo este no fue significativo, es así como, la interpretación de las puntuaciones obtenidas por el grupo control y experimental muestran que estas estrategias de afrontamiento son utilizadas algunas veces por los estudiantes, y que por tanto, sería conveniente revisar las acciones del programa que abordan este componente, para que puedan ser fortalecidas.

La sexta dimensión se denomina Búsqueda de apoyo social instrumental, y “hace referencia a buscar apoyo social, basado más en lo instrumental, que en lo emocional, es decir, en la búsqueda de información, consejos y asistencia (Canessa, 2002, p. 32). Los resultados parecen mostrar eficacia del Programa EP en el fortalecimiento de esta variable, pues las puntuaciones obtenidas muestran un incremento entre el pretest y el post-test del grupo experimental y una reducción en las medidas del post-test del grupo control, además, dentro de los hallazgos se reconoce como un logro, la disposición de los estudiantes que participaron en el programa a pedir y recibir ayuda.

Finalmente, se destacan los elementos significativos de la experiencia de implementación del Programa EP, los cuales aluden, en primer lugar a los logros percibidos dentro del proceso, entre ellos: los avances en los casos de estudiantes con dificultades a nivel emocional, lo cual puede estar relacionado con los resultados obtenidos en el componente de apoyo social y funcionalidad familiar, los cuales mostraron mejoras después de la implementación del programa EP, pues como lo menciona Ceballos y Del Toro (2008) cuando los adolescentes perciben la disponibilidad de apoyo de familiares y amigos, incrementan su sensación de bienestar e incrementan la disposición de recursos para hacer frente a las dificultades que viven.

Como último elemento, se presentan recomendaciones para el fortalecimiento del Programa EP, las primeras se focalizaron en los docentes, desde el desarrollo de acciones

articuladas entre las diferentes áreas académicas para fortalecer los factores protectores ante las conductas suicidas, por otra parte, la vinculación y participación activa de los docentes en el desarrollo del Programa EP y con la capacitación a profesores líderes para replicarlo. Estos aspectos guardan relación con lo encontrado por Cañón (2018), quien refiere que, la baja participación y compromiso por parte del personal docente para realizar talleres con los estudiantes, representó una limitación en la implementación de un programa de prevención del suicidio, pues afectó la participación y motivación de los estudiantes. En un sentido similar, Silvia- Escorcía y Mejía-Pérez (2015) señalan que “es importante que el profesorado conozca los elementos de autorreferencia que dan forma y nutren la salud mental, para poder trabajarlos como procesos educativos implicados en el quehacer docente y, así, ello fortifique su tarea pedagógica holística” (p,1).

Otras de las recomendaciones hicieron referencia a la necesidad de implementar el programa desde niveles educativos inferiores (cuarto de primaria); al respecto, Redondo (2004) señala que cuanto antes se apliquen las medidas de intervención, mejor puede ser el resultado en la prevención de la enfermedad o problemas en salud, como las conductas suicidas.

Y las terceras, enfatizan en aspectos metodológicos, específicamente la conveniencia de trabajar en grupos reducidos e incrementar la intensidad horaria, especialmente al componente de autoestima; estos elementos guardan relación con lo encontrado en el análisis de fortalezas y debilidades del Programa, donde, además de lo anterior, se reconocen limitaciones en los recursos físicos, materiales y tecnológicos, y dificultades relacionadas con la asistencia y permanencia de la totalidad de familias en el Programa. Todo esto, invita a reconocer las condiciones de las instituciones educativas, sus necesidades y los aspectos psicosociales que puedan constituirse en barreras a la hora de implementar programas de prevención, que en definitiva, buscan aportar a la prevención de las conductas suicidas y a la promoción de la salud mental dentro de estos contextos.

Conclusiones

El programa EP, es eficaz para el fortalecimiento de la funcionalidad familiar y el apoyo social, como factores protectores ante las conductas suicidas, sin embargo, requiere fortalecer las acciones orientadas al fortalecimiento de la autoestima y el afrontamiento productivo en adolescentes escolarizados, pues no mostró cambios estadísticamente significativos para estas variables. Frente a este punto, los resultados muestran líneas de trabajo que podrían llegar a ser efectivas, a saber, el involucramiento de los maestros y maestras, y el desarrollo de estrategias focalizadas en la autoestima.

Los programas o estrategias orientadas a prevenir las conductas suicidas en adolescentes, desde una perspectiva de prevención primaria en salud, deberían desarrollarse desde edades tempranas, e integrar a diferentes actores sociales, entre ellos, los maestros, y las familias; para ello, es fundamental reconocer los aspectos psicosociales que influyen en su involucramiento y participación y atenderlos de manera integral y oportuna.

Las instituciones educativas, son escenarios propicios para el fortalecimiento de factores protectores, que aporten a la prevención de las conductas suicidas y a la salud mental, así mismo, se resalta que las alianzas escuela-familia y en particular los espacios de formación para padres, madres y cuidadores constituyen escenarios importantes para el fortalecimiento de capacidades para el cuidado de los hijos y la potenciación de factores protectores como los señalados anteriormente; sin embargo, se requiere con urgencia brindar las condiciones y recursos necesarios para el desarrollo de estos procesos.

Limitaciones y recomendaciones

El presente estudio presentó cómo limitación el control de variables extrañas, específicamente verificar que la asistencia a los encuentros con familias estuviera dado por los dos padres de familia, o principales cuidadores en todas las sesiones.

Se sugiere en próximos estudios incluir factores protectores, como el sentido de vida.

Se sugiere en investigaciones posteriores, evaluar si las mejoras obtenidas en los factores protectores intervenidos se mantienen a lo largo del tiempo, mediante la realización de diversas medidas de seguimiento.

Referencias

- Acuerdo No. 014. (28 de abril de 2020). Comité curricular y de investigaciones de la maestría en Promoción y Prevención en salud mental de la Universidad de Nariño.
<http://vipri.udenar.edu.co/maestria-en-promocion-y-prevencion-en-salud-mental/>
- Alonso J y Román J (2005). Prácticas educativas familiares y autoestima. *Psicothema*, 17, 76-82. <https://www.psicothema.com/pdf/3067.pdf>
- Andrade, J., Bonilla, L. y Valencia, Z. (2010). Factores protectores de la ideación suicida en 50 mujeres del Centro Penitenciario: "Villa Cristina" Armenia - Quindío (Colombia). *Revista Científica Ciencias Humanas*, 22(2), 58-62.
<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=70916424002>
- Aredo Peláez, C.,Guillaumet C., Hernandez, M y Martinez Esgara, E. (2018). La adolescencia como factor de riesgo de la conducta suicida. *Ágora de enfermería*, 22(2), 58-62
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6466937>
- Arrieta, A., Jiménez, D., Martínez, S., Rodríguez, S. y Sánchez, M. (2021) Creencias, actitudes e intervenciones psicoeducativas frente al suicidio en el contexto educativo: una revisión de la literatura. *Tejidos sociales*, 3(1), 1-12.
[file:///C:/Users/Acer/Downloads/4761-Resultados%20de%20la%20investigaci%C3%B3n-16870-1-10-20201202%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/Acer/Downloads/4761-Resultados%20de%20la%20investigaci%C3%B3n-16870-1-10-20201202%20(1).pdf)
- Baader, M. T., Urra, P. E., Millán, A. R., y Yáñez, M. L. (2011). Algunas consideraciones sobre el intento de suicidio y su enfrentamiento. *Revista Médica Clínica las Condes*, 22(3), 303-309. [https://doi.org/10.1016/S0716-8640\(11\)70430-8](https://doi.org/10.1016/S0716-8640(11)70430-8)
- Bahamón, M. (2017). Prevención del riesgo suicida en adolescentes: una propuesta de abordaje desde la psicología positiva. En M. Bahamón, Y. Alarcón-Vásquez, L. Albord Y. Martínez. (Eds.), *Estudios actuales en psicología. Perspectivas en clínica y salud* (pp.58-66). Editorial Universidad Simón Bolívar.
https://bonga.unisimon.edu.co/bitstream/handle/20.500.12442/1120/Cap_3_Preencion_Riesgo.pdf?sequence=8&isAllowed=y
- Bahamón, M., Alarcón Vásquez, Y., Trejos-Herrera, A., Vinaccia, S., Cabezas, A. y Sepúlveda Aravena, J. (2019). Efectos del programa CIPRES sobre el riesgo de

- suicidio en adolescentes. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 24, 83-91
<http://revistas.uned.es/index.php/RPPC/article/view/23667/pdf>
- Bahamón, J., Uribe, J., Trejos, A., Alarcón, Y. y Reyes, L. (2019). Estilos de afrontamiento como predicadores del riesgo suicida en estudiantes adolescentes. *Psicología desde el caribe*, 36(1). <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7397657>
- Barros, J., Morales, S., Echavarrí, O., García, A., Ortega, J., Asahi, T., Moya, C., Fischman, R., Maino, M & Nunez, C. (2017). Suicide detection in Chile: proposing a predictive model for suicide risk in a clinical sample of patients with mood disorders. *Rev Bras Psiquiatr*, 39(1), 1-11. <https://doi.org/10.1590/1516-4446-2015-1877>
- Bravo Andrade, H., Ruvalcaba-Romero, N., Orozco Solis, M. y Macias-Espinoza, F. (2020). Factores individuales que protegen o favorecen el riesgo de suicidio adolescente: estudio cualitativo con grupos focales. *Duazary*. 7(1).
<https://revistas.unimagdalena.edu.co/index.php/duazary/article/view/3220>
- Benavides, B., Villota, N. y Villalobos, F. (2019). Conducta suicida en Colombia: Una revisión sistemática. *Revista de psicopatología y psicología clínica*, 24(3). 181 – 195
<http://revistas.uned.es/index.php/RPPC/article/view/24251/0>
- Benard, B. (2004). *Resiliency What we have learned*. West Ed. Regional Educational Laboratory.
- Bautista, N. (10 de septiembre de 2020). *Minsalud avanza en acciones para la prevención del suicidio*. <https://www.minsalud.gov.co/Paginas/Minsalud-avanza-en-acciones-para-la-prevencion-del-suicidio-.aspx>
- Burgos, G., Narváez, N., Bustamante, P., Burrone, M., Fernández, R. y Abeldaño, R. (2017). Funcionamiento familiar e intentos de suicidio en un hospital público de Argentina. *Acta de Investigación Psicológica*, 7(3).
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2007471917300625>
- Bustamante, F. y Florenzano, R. (2013). Programas de prevención del suicidio adolescente en establecimientos escolares: una revisión de la literatura. *Rev Chil Neuro-Psiquiatr*, 51(2), 126-136. https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-92272013000200006
- Bulanda RE y Majumdar D (2009). Perceived parent-child relations and adolescent self-esteem. *Journal of Child and Family Studies*, 18, 203-212.

- Castillo, E. y Maroto, V. (2017). El suicidio desde un enfoque psicosocial y de salud comunitaria: Los resultados del diagnóstico en Santa María de Dota, Costa Rica. *Anuario de Estudios Centroamericanos*, 43, 447-472. <https://normas-apa.org/wp-content/uploads/Guia-Normas-APA-7ma-edicion.pdf>
- Cañón, S. y Carmona, J. (2018). Ideación y conductas suicidas en adolescentes y jóvenes. *Rev Pediatr Aten Primaria*, 20, 387-395.
<file:///D:/MAESTRIA/Docs%20de%20revisi%C3%B3n%20tesis/Ideaci%C3%B3n%20y%20conductas%20suicidas%20en%20jovenes%20y%20adolescentes.pdf>
- Cañón, S., Castaño, J., Mosquera, A., Nieto, L., Orozco, M. y Giraldo, W. (2017). Propuesta de intervención educativa para la prevención de la conducta suicida en adolescentes en la ciudad de Manizales (Colombia). *Diversitas, perspectiva en psicología*, 14(1), 27 – 40. <https://revistas.usantotomas.edu.co/index.php/diversitas/article/view/4463/4216>
- Carmona, J., Gaviria, J. y Layne, B. (2014). Suicidio, vínculos en estudiantes universitarias colombianas. *Revistas libertadores*, 9(1).
<https://revistas.libertadores.edu.co/index.php/TesisPsicologica/article/view/356>
- Castellvi-Obiols, P. y Piqueras, J. (2018). El suicidio en la adolescencia: un problema de salud pública que se puede y debe prevenir. *Revistas de estudios de juventud*. 18 (121). 45 – 59.
http://www.injuve.es/sites/default/files/adjuntos/2019/06/3.el_suicidio_en_la_adolescencia_un_problema_de_salud_publica_que_se_puede_y_debe_prevenir.pdf
- Cabra, O., Infante, D. & Sossa, F. (2010). El suicidio y los factores de riesgo asociados en niños y adolescentes. *Revista Médica Sanitas*, 13(2).
<https://revistas.unisanitas.edu.co/index.php/RMS/article/view/268>
- Canessa, B. (2002). Adaptación psicométrica de las escalas de afrontamiento para Adolescentes de Frydenberg y Lewis en un grupo de escolares de Lima Metropolitana. *Persona*, (5), 191-233.
<https://www.redalyc.org/pdf/1471/147118132008.pdf>
- Ceballos, G., Suarez, Y., Suescún, J., Gamarra, L., Gonzales, K. y Sotelo, P. (2014). Ideación suicida, depresión y autoestima en adolescentes escolares de santa marta. *Revista Duazary*, 12(1). 15-22.
<http://revistas.unimagdalena.edu.co/index.php/duazary/article/view/1394/795>

- Ceballos, G. y Del Toro, J. (2008). *Cartilla para la prevención del suicidio*.
- Cogollo, Z., Campo, A., & Herazo, E. (2015). Escala de Rosenberg para autoestima: consistencia interna y dimensionalidad en estudiantes de Cartagena, Colombia. *Psychologia. Avances de la Disciplina*, 9(2), 61-71. DOI: <http://dx.doi.org/10.21500/19002386.1814>.
- Colimon, K. M. (1978). *Fundamentos de epidemiología*.
https://www.insp.mx/resources/images/stories/Centros/nucleo/docs/dip_lsp/fundamentos_epidemiologia.pdf
- Corona-Miranda, B., Hernández, M., y García, P. (2016). Mortalidad por suicidio, factores de riesgos y protectores. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*, 15(1)
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2016000100011&lng=es&tlng=es.
- Donas, B. (2001). *Adolescencia y juventud en América Latina*. Consejo Editorial del LUR.
<http://www.codajic.org/sites/www.codajic.org/files/Adolescencia%20y%20juventud%20en%20Am%C3%A9rica%20Latina%20Solum%20Donas%202001.pdf>
- Castillo, C. y Moroto, A. (2017). suicidio desde un enfoque psicosocial y de salud comunitaria: Los resultados del diagnóstico en Santa María de Dota, Costa Rica. *Anuario de Estudios Centroamericanos*, 43, 447-472.
https://www.scielo.sa.cr/scielo.php?pid=S221541752017000100447&script=sci_abstract&tlng=es
- Erol, R. & Orth, U. (2011). Self-esteem development from age 14 to 30 years: A longitudinal study. *Journal of Personality and Social Psychology*, 101(3), 607-619. doi: 10.1037/a0024299
- Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia [UNICEF]. (2014). *Diseños y métodos cuasiexperimentales*. <https://www.unicef-irc.org/publications/pdf/MB8ES.pdf>
- Forero, L., Avendaño, M., Duarte, Z. y Campo-Arias, A. (2006). Consistencia interna y análisis de factores de la escala APGAR para evaluar el funcionamiento familiar en estudiantes de básica secundaria, *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 35 (1), 23-29.
<http://www.scielo.org.co/pdf/rcp/v35n1/v35n1a03.pdf>
- Fowler, J. (2012). Suicide risk assessment in clinical practice: Pragmatic guidelines for imperfect assessments. *Psychotherapy*, 49(1), 81-90. DOI: 10.1037/a0026148

- García, C. (2010). Conceptualization and measurement of coping during adolescence: A review of the literature. *Journal of Nursing Scholarship*, 42(2) 166-185.
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20618601/>
- Gómez-Tabares, A., Nuñez, C., Agudelo-Osorio, M. y Caballo, V. (2020). Riesgo suicida y su relación con la inteligencia emocional y la autoestima en estudiantes universitarios. *Terapia Psicológica*, 38 (3). <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-48082020000300403>
- Gómez, N. y Salamanca, Y. (2017). Relación entre autoestima e ideación suicida en adolescentes colombianos. *Revista de Psicología GEPU*, 8(1).
[file:///D:/Descargas/Relacinentreautoestimaeideacinsuicidaenadolescentescolombianos%20\(1\).pdf](file:///D:/Descargas/Relacinentreautoestimaeideacinsuicidaenadolescentescolombianos%20(1).pdf)
- Gómez Lugo, M., Espada, J. P., Morales, A., Marchal-Bertrand, L., Soler, F. & Vallejo-Medina, P. (2016). Adaptation, Validation, Reliability and Factorial Equivalence of the Rosenberg Self-Esteem Scale in Colombian and Spanish Population. *Spanish Journal of Psychology*, 19, E66. doi: <http://dx.doi.org/10.1017/sjp.2016.67>
- Gómez, Y. y Villalobos, F. (2014). *Competencias para la formulación de un proyecto de investigación*. <http://psicologiaysalud.udenar.edu.co/wp-content/uploads/2016/02/Competencias-para-la-formulacion-de-un-proyecto-de-investigacion.pdf>
- González Pienda J, Nuñez J, Álvarez L, González Pumariaga S, Rocés C, González P, Muñiz R y Bernardo A (2002). Inducción parental a la autorregulación, autoconcepto y rendimiento académico. *Psicothema*, 14, 853-860.
<https://www.psicothema.com/pdf/807.pdf>
- Goldstein, T. R., Birmaher, B., Axelson, D., Goldstein, B. I., Branquia, METRO. K., Esposito-Smythers, C. & Keller, METRO. (2009). Family environment and suicidal ideation among bipolar youth archives of suicide research. *Official journal of the International Academy for Suicide Research*, 13(4), 378.
https://www.researchgate.net/publication/26879860_Family_Environment_and_Suicidal_Ideation_Among_Bipolar_Youth
- Hernández, P. y Villareal, R. (2015). Algunas especificidades en torno a la conducta suicida. *MEDISAN*, 19 (8). http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192015000800014

- Hernández, S., Fernández, C. y Baptista, P. (2014). *Metodología de la investigación*. (6ª. Ed.) Mc Graw-Hil. <https://www.uca.ac.cr/wp-content/uploads/2017/10/Investigacion.pdf>
- Hendricks, H. y Rousseau, J. (s.f). *Más allá de la Escucha Activa: la Validación*.
- Instituto Nacional de Salud. (2020). *Boletín epidemiológico semanal, Comportamiento de la Vigilancia del Intento de Suicidio, Colombia*. <https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/BoletinEpidemiologico/2019%20Bolet%20C3%ADn%20epidemio%20B3gic%20semana%2036.pdf>
- Instituto Nacional de Salud. (2019). *Informe del evento intento de suicidio, Colombia, 2018*. https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/Informesdeevento/INTENTO%20DE%20SUICIDIO_2018.pdf
- Irarrázaval, M., Martínez, V., Behn, A. y Martínez, P. (2016). *Informe final licitación ID 757-69-L116 Intervenciones Para Prevenir El Suicidio Adolescente En Centros Educativos. Revisión sistemática de estudios de efectividad, costo-efectividad, y programas de salud en establecimientos educativos destinados a la prevención de conductas suicidas en adolescentes*. https://biblioteca.digital.gob.cl/bitstream/handle/123456789/2326/Informe-Final_Licitacio%20cc%20n-757-69-L116.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- James, W. (1989). *Principios de psicología*. <https://psikoanarko.files.wordpress.com/2019/01/W.-James.-Principios-de-Psicologia.pdf>
- Larios L, Laborde C, Sánchez M, Gaviria G, Lastre G. (2017). Caracterización de factores de riesgo psicosociales que inciden en Trastorno depresivo mayor en adolescentes. *Ciencia e Innovación en Salud*, 4(2). 1-8. <http://revistas.unisimon.edu.co/index.php/innovacionsalud/article/view/2813/3314>
- Lazarus, R., DeLongis, A., Folkman, S. & Gruen, R. (1985). Stress and adaptational outcomes: The problem of confounded measures. *American Psychologist*, 40(7), 770-779. <https://psycnet.apa.org/record/1986-10770-001>
- Ley número 1090. (6 de septiembre de 2006). Congreso de la República de Colombia.
- Londoño, V. y Cañón, S. (2020). Factores de riesgo para conducta suicida en adolescentes escolarizados: revisión de tema. *Universidad de Manizales*, 20(2), 472-480 <https://www.redalyc.org/jatsRepo/2738/273863770018/html/index.html>

- Marco-Sanchez, S., Mayoral-Aragon, M., Valencia-Agudo, F. Roldán-Díaz, L., Espliego-Felipe, A., Delgado-Lacosta, C. y Hervás-Torres, G. (2020). *Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes*, 7 (2). [file:///D:/Descargas/Dialnet-FuncionamientoFamiliarEnAdolescentesEnRiesgoDeSuic-7472139%20\(2\).pdf](file:///D:/Descargas/Dialnet-FuncionamientoFamiliarEnAdolescentesEnRiesgoDeSuic-7472139%20(2).pdf)
- Martín-Quintana, JC, Máiquez Chaves, ML, Rodrigo López, MJ, Byrne, S., Rodríguez Ruiz, B., & Rodríguez Suárez, G. (2009). Programas de Educación Parental. *Intervención Psicosocial*, 18 (2), 121-133.
- Méndez, P. y Barra E. (2008). Apoyo social percibido en adolescentes infractores de ley y no infractores. *Psykhé*, 17(1): 59-64.
https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-22282008000100006
- Ministerio de educación. (2021). *Protocolo para el abordaje pedagógico de situaciones de riesgo en el marco de la ruta de atención integral para la convivencia escolar*.
https://www.colombiaaprende.edu.co/sites/default/files/files_public/2021-04/PEQ_Abordaje%20pedag%C3%B3gico%20de%20situaciones%20de%20riesgo.pdf
- Ministerio de salud. (2021). *Prevención de la Conducta Suicida en Colombia, Estrategia Nacional*. [file:///D:/Descargas/estrategia-nacional-conducta-suicida-2021%20\(1\).pdf](file:///D:/Descargas/estrategia-nacional-conducta-suicida-2021%20(1).pdf)
- Ministerio de salud. (2020). *Prevención de la Conducta Suicida Asociada a COVID-19*.
<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/prevencion-conducta-suicida-asociada-covid-19.pdf>
- Ministerio de salud. (2018). *Documento borrador del plan para la prevención y atención integral de la conducta suicida 2018-2021*.
<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ET/concertacion-intersectorial-plan-conducta-suicida-2017-2021.pdf>
- Ministerio de salud. (2015). *Encuesta Nacional de Salud Mental 2015, tomo I*.
http://www.odc.gov.co/Portals/1/publicaciones/pdf/consumo/estudios/nacionales/CO031102015-salud_mental_tomoI.pdf
- Ministerio de salud de Chile. (2019). *Recomendaciones para la prevención de la conducta suicida en establecimientos educacionales. Programa Nacional de Prevención del Suicidio Desarrollo de estrategias preventivas para Comunidades Escolares*.

<https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2019/03/GUIA-PREVENCION-SUICIDIO-EN-ESTABLECIMIENTOS-EDUCACIONALES-web.pdf>

Ministerio de salud y de la protección social. (2017). *Guía de Práctica Clínica para la prevención, diagnóstico y tratamiento de la ideación y/o conducta suicida (Adopción)*. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/INEC/IETS/guia-prevencion-conducta-suicida-adopcion.pdf>

Ministerio de Salud y Protección Social y Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito. (2015). *Lineamientos para operar programas preventivos*. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ENT/lineamientos-programas-preventivos.pdf>

Montoya, B (2018). *Comportamiento del suicidio. Colombia, 2017. Forensis*. <https://www.medicinalegal.gov.co/documents/20143/262076/Forensis+2017+Interactivo.pdf/0a09fedb-f5e8-11f8-71ed-2d3b475e9b82>

Morales, S., Barros, J., Echavarrí, O., García, F., Osses, A., Moya, C., Paz, M., Fischman, R., Nuñez, C., Szmulewicz, T. & Tomicic, A. (2017). Acute Mental Discomfort Associated with Suicide Behavior in a Clinical Sample of Patients with Affective Disorders: Ascertaining Critical Variables Using Artificial Intelligence Tools. *Front Psychiatry*, 8(7). <https://doi.org/10.3389/fpsy.2017.00007>

Morán, C., Landero, R. y Gonzales, M. (2010). COPE-28: un análisis psicométrico de la versión en español del Brief COPE. *Universitas Psychologica*, 9 (2), 543-552. <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/up/v9n2/v9n2a20.pdf>

Moreno, J. y Chauta, L. (2012). Funcionalidad familiar, conductas externalizadas y rendimiento académico en un grupo de adolescentes de la ciudad de Bogotá. *Psychologia. Avances de la disciplina*, 6(1),155-166. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=297225770006>

Molina, J. Gutiérrez, Y. y Oviedo, E. Depresión, autoestima y su relación con la ideación suicida en estudiantes de un colegio privado de la ciudad de Ciénaga- Magdalena (Colombia). (2011) *Duazary*, 8(1), 13–19. <https://doi.org/10.21676/2389783X.1662>

Musitu G y García J (2004). *Consecuencias de la socialización familiar en la cultura española*. *Psicothema*, 16, 288-293. <https://www.psycothema.com/pdf/1196.pdf>

- Observatorio del Bienestar de la Niñez. (2020). *Suicidio de niñas, niños, adolescentes y jóvenes en Colombia*.
https://www.icbf.gov.co/system/files/infografia_suicidio_vf._vb_21.09.20.pdf
- O'Carroll PW, Berman AL, Maris RW, Moscicki EK, Tanney BL, & Silverman MM. (1996). Beyond the Tower of Babel: a nomenclature for suicidology. *Suicide Life Threat Behav*, 26(3):237-252. PMID: 8897663.
- Orcasita ,L. y Uribe, A. (2010) La importancia del apoyo social en el bienestar de los adolescentes. *Psychol Av Discip*. 4(2): 69-82.
<http://www.scielo.org.co/pdf/psych/v4n2/v4n2a07.pdf>
- Orduña, A. (2003). *Factor individual: Autoestima*.
<https://issuu.com/ramonbaltazarsortomeza/docs/autoestima>
- Organización Mundial de la Salud. (2019). *Suicidio*.
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs398/es>
- Organización Mundial de la Salud. (2008). *La atención primaria de salud más necesaria que nunca*. https://www.who.int/whr/2008/08_report_es.pdf
- Organización Mundial de la Salud. (2004). *Prevención de los Trastornos Mentales: intervenciones efectivas y opciones de políticas*.
https://www.who.int/mental_health/evidence/Prevention_of_mental_disorders_spanish_version.pdf
- Organización Mundial de la Salud. (2000). *Prevención del suicidio un instrumento para trabajadores de atención primaria de salud*.
https://www.who.int/mental_health/media/primaryhealthcare_workers_spanish.pdf
- Organización Panamericana de la Salud & Organización Mundial de la Salud. (2014). *Preventing Preventing suicide suicide A global imperative A global imperative*.
http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/131056/9789241564779_eng.pdf?sequence=1
- Organización Mundial de la Salud. (1998). *Promoción de la salud: glosario*.
<https://apps.who.int/iris/handle/10665/67246>
- Ovalle-Borrego, I. y Santana-Evelio, R. (2013). Caracterización clínica-epidemiológica del intento suicida en la Caloma. *Revista Delaware Ciencias Médicas*, 17(5), 74–84.
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-31942013000500008

- Palacios, C. (2018). Conducta suicida en Colombia. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 47(3), 139. <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-colombiana-psiquiatria-379-articulo-conducta-suicida-colombia-S0034745018300702>
- Pérez-Villalobos. (2019). Autoestima, teorías y su relación con el éxito personal. *Alternativas Psicología*, 41, 22-32
<https://alternativas.me/attachments/article/190/2.%20Autoestima,%20teor%C3%ADas%20y%20su%20relaci%C3%B3n%20con%20el%20%C3%A9xito%20personal.pdf>
- Redondo, P. (2004). *Curso de Gestión Local de Salud para Técnicos del Primer Nivel de Atención: Prevención de la enfermedad*.
https://montevideo.gub.uy/sites/default/files/concurso/materiales/anexo_07_-_niveles_de_preencion.pdf
- Resolución 8430 de 1993 [Ministerio de Salud]. Por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud. 4 de octubre de 1993.
- Reyes V, Reséndiz A, Alcázar R, Reidl L. (2017). Las estrategias de afrontamiento que utilizan los adolescentes ante situaciones que provocan miedo. *Psicogente*, 20(38), 240 – 255 <http://www.scielo.org.co/pdf/psico/v20n38/0124-0137-psico-20-38-00240.pdf>
- Rodríguez Naranjo, C. y Caño-Gonzales, A. (2012). Autoestima en la adolescencia: análisis y estrategias de intervención. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 12 (3), 389-403. <https://www.redalyc.org/pdf/560/56024657005.pdf>
- Rojas Barahona, C., Zegers, B., y Förster M. (2009). La escala de autoestima de Rosenberg: Validación para Chile en una muestra de jóvenes adultos, adultos y adultos mayores. *Rev Méd Chile*, 137, 791-800 <https://www.scielo.cl/pdf/rmc/v137n6/art09.pdf>
- Romero Saldaña, M. (2016). Metodologías de la investigación: Pruebas de bondad de ajuste a una distribución normal. *Revista Enfermería del Trabajo*, 6(3). 105-114.
[file:///D:/Descargas/Dialnet-PruebasDeBondadDeAjusteAUnaDistribucionNormal-5633043%20\(2\).pdf](file:///D:/Descargas/Dialnet-PruebasDeBondadDeAjusteAUnaDistribucionNormal-5633043%20(2).pdf)
- Rutter, M. (1993). Resilience: Some conceptual considerations. *Journal of Adolescent Health*, 14(8), 626–631. [https://doi.org/10.1016/1054-139X\(93\)90196-V](https://doi.org/10.1016/1054-139X(93)90196-V)
- Sanchiz-Ruiz, M. (2009). *Modelos de orientación e intervención psicopedagógica*.
<https://libros.metabiblioteca.org/handle/001/123>

- Schoeps, K. Tamarit, A., Gonzales, R. y Montoya, I. (2019). Competencias emocionales y autoestima en la adolescencia: impacto sobre el ajuste psicológico. *Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes*, 6(1). 51-56.
https://www.revistapcna.com/sites/default/files/07_3.pdf
- Seligman, M. & Csikszentmihalyi, M. (2000). *Positive Psychology*. *American Psychologist*. 5-14 https://letstalkhelps.com/digiwerx-media/2020/10/seligman_2000_positive.pdf
- Sigüenza, W., Buñay, R. y Guamán, M. (2017). Funcionamiento familiar real e ideal según el modelo Circumplejo de Olson. *MASKANA - Número especial*, 77-85
<https://publicaciones.ucuenca.edu.ec/ojs/index.php/maskana/article/view/1878/1378>
- Silva-Escorcía, I., & Mejía-Pérez, O. (2015). Autoestima, adolescencia y pedagogía. *Revista Electrónica Educare*, 19 (1), 241-256.
<https://www.redalyc.org/pdf/1941/194132805013.pdf>
- Suarez-Cuba, M. y Alcalá, M. (2014). Apgar familiar: una herramienta para detectar disfunción familiar. *Revista Médica La Paz*, 20(1).
http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-89582014000100010
- Trejos, A., Bahamón, M., Alarcón, Y. Vélez, J. & Vinaccia S. (2017). Validity and Reliability of the Multidimensional Scale of Perceived Social Support in Colombian Adolescents. *Psychosocial Intervention*, 27(1), 56-63. <https://scielo.isciii.es/pdf/inter/v27n1/2173-4712-inter-27-01-56.pdf>
- Universidad de Nariño (s.f). *Horizonte institucional*.
<https://www.udenar.edu.co/dependencias/liceo/acerca-del-liceo/>
- Ulate-Gómez, D. (2013). Riesgo biopsicosocial y percepción de la función familiar de las personas adolescentes de sexto grado en la Escuela Jesús Jiménez. *Acta méd. Costarric*, 55, (1), 18-23. https://www.scielo.sa.cr/scielo.php?pid=S0001-60022013000100004&script=sci_abstract&tlng=es
- Uriarte Arciniega, Juan de D. (2006). La resiliencia. Una nueva perspectiva en psicopatología del desarrollo. *Revista de Psicodidáctica*, 10(2), 61-79
<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=17510206>
- Uribe-Urzola A, Ramos-Vidal I, Villamil-Benítez I, Palacio-Sañudo JE. (2018). La importancia de las estrategias de afrontamiento en el bienestar psicológico en una

- muestra escolarizada de adolescentes. *Psicogente*, 21(40). 440-457
<http://revistas.unisimon.edu.co/index.php/psicogente/article/view/3082/3807>
- Vargas-Trujillo, E., Gambará, H. y Botella, J. (2006). Autoestima e inicio de actividad sexual en la adolescencia: un estudio meta-analítico. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 6, (3), 665-695. <https://www.redalyc.org/pdf/337/33760310.pdf>
- Vignolo, J., Vacarezza, M., Álvarez, C. y Sosa, A. (2011). Niveles de atención, de prevención y atención primaria de la salud. *Arch Med Interna*. 33 (1).
http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-423X2011000100003
- Villantoy-Echegaray, A. y Cruzado, L. (2018). Primary prevention of suicide and the Chilina Bridge of Arequipa, *Revista de Neuropsiquiatria*, 81(4), 279-281.
<https://www.redalyc.org/journal/3720/372058098009/html/>
- Villalobos, F., Ojeda, E. y Luna, E. (2019). Caracterización de las conductas suicidas en adolescentes de la zona de influencia del volcán Galeras, Nariño, Colombia. *Informes psicológicos*, 19 (2). <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7044259>
- Villalobos, F. (2007). Aplicación del modelo procesual del estrés a la conducta suicida. *Revista Universidad y Salud*, 7(8).
<https://revistas.udenar.edu.co/index.php/usalud/article/view/253/pdf>
- Villalobos, F. (2009). Situación de la conducta suicida en estudiantes de colegios y universidades de San Juan de Pasto, Colombia. *Salud mental*, 32(2).
http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252009000200009
- Whitley, R. & McKenzie, K. (2005). Social capital and psychiatry: review of the literature. *Harv Rev Psychiatry*, 13(2),71-84. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16020022/>
- Yen, S., Kuehn, K., Tezanos, K., Weinstock, L. METRO., Salomón J.y Spirito, UNA. (2015). Percepción de la invalidación de la familia y los pares como predictores de conductas suicidas y automutilación de adolescentes. *Revista de psicofarmacología*. 25(2),124-130. <https://www.liebertpub.com/doi/10.1089/cap.2013.0132>

Anexos

Anexo A. Programa psicoeducativo para la prevención de la conducta suicida

“ESCUELAS QUE PROTEGEN”, PROGRAMA PSICOEDUCATIVO PARA LA PREVENCIÓN DE LA CONDUCTA SUICIDA



Presentación

Escuelas que Protegen es un programa psicoeducativo fundamentado en la perspectiva de prevención primaria en salud, dirigido a instituciones educativas en los niveles de secundaria a media vocacional y su objetivo está orientado a fortalecer factores protectores asociados a la prevención de la conducta suicida en adolescentes, estableciendo así cuatro pilares base: autoestima, afrontamiento, apoyo social y funcionalidad familiar; elementos que en conjunto buscan dotar a los y las adolescentes de recursos personales, familiares y sociales para hacer frente a los retos de la vida, entendiendo que el dolor es una condición natural de la experiencia humana y que por ello, es fundamental enfrentar los problemas, manejar la frustración que representan y desarrollar recursos para controlar el impacto emocional que causan (Villalobos, 2007).

De esta manera, Escuelas que Protegen surge como una alternativa que busca aportar al cambio de paradigma en la manera de abordar el fenómeno del suicidio, de tal modo que no solo se intervenga factores patogénicos, es decir, que no solo se actúe bajo situaciones de riesgo evidente, sino que se avance a una mirada positiva de la Salud Mental, se fortalezcan recursos en los y las adolescentes y con ello se aporte a la prevención de este fenómeno que ha cobrado tantas vidas alrededor del mundo.

cognitivas y sociales que favorecen su comportamiento y disminuyen las influencias adversas que se presentan en el contexto social (Silva & Pillón, 2004).

Elementos teóricos que sustentan el programa

¿Cómo se entiende la Conducta Suicida?

La conducta suicida es un fenómeno multicausal que no puede atribuirse a un suceso único (Benavides et al., 2019), en consecuencia, puede ser desencadenada por la interacción entre diversos factores, como los biológicos, psicológicos o socioculturales (Londoño y Cañón, 2020).

Este fenómeno abarca un amplio espectro de conductas, que van desde la ideación suicida, la elaboración de un plan, la obtención de los medios para hacerlo, hasta el acto consumado (Ministerio de salud de Chile, 2013; OPS y OMS, 2014); frente a cada una de estas manifestaciones, la literatura científica ha establecido diferencias, sin embargo tienen un factor común importante de acoger y entender: “un profundo dolor y malestar psicológico que impide continuar con la vida y del cual no se visualizan alternativas de salida o solución” (OMS, 2001, p. 23). Por tanto, es fundamental considerar el riesgo que supone la conducta suicida en cada una de sus formas.

Es importante considerar que, si bien estas conductas pueden presentar una clara y consciente intención de acabar con la vida, no siempre ocurre así, pues en algunos

casos se presenta ambivalencia en torno a la decisión de cometer el acto, dado que, en la mayoría de las veces, no existen deseos de morir, sino el sentimiento de no ser capaz de tolerar estar vivo (OMS, 2000).

Por esta razón es importante clarificar que la intención de las conductas suicidas puede ser altamente dinámica (Barros et al., 2017; Fowler, 2012; Morales et al., 2017) y que cada una de ellas presenta características que las diferencian, pero que tienen en común, el riesgo para la vida, aunque en diferente grado, de esta manera, la conducta suicida se puede expresar mediante las siguientes formas:

Ideación suicida

Para Mingote et al. (citados en Villalobos, 2009) la ideación suicida es la forma más común de conducta suicida, la cual es definida por MINSALUD (2018) como “el conjunto de pensamientos que expresan un deseo o intencionalidad de morir u otras vivencias psicológicas suicidas, tal como la fantasía o prefiguración de la propia muerte” (p. 18) además, la ideación suicida constituye el “paso anterior a la actuación y puede que no se manifieste o que se haga a través de amenazas, verbales o escritas” (MINSALUD, 2015, p. 246), y que presente diversos grados de intensidad y elaboración (Baader et al., 2011).

Plan suicida

La ideación y plan suicida coinciden en la presencia de pensamientos e intencionalidad de morir, sin embargo, el segundo, implica la “elaboración de un plan para realizar el acto suicida, identificando métodos, lugares, momentos, la consecución de insumos para hacerlo, elaborar notas o mensajes de despedida; elementos que en conjunto se traducen en un alto riesgo de pasar al intento” (Ministerio de salud, 2018, p. 18).

Intento de suicidio

Hace referencia a “una serie de conductas o actos con los que una persona intencionalmente busca causarse daño hasta alcanzar la muerte, no logrando su consumación” (Ministerio de Salud de Chile, 2019 p.7), dichas conductas pueden provocar o no lesiones, independientemente de la letalidad del método (MINSALUD, 2018). Por su parte, O’Carrol et al. (1996) indican que el intento de suicidio es una conducta potencialmente lesiva y autoinfligida con un resultado no fatal, donde existe evidencia, implícita o explícita, que la intención de su ocurrencia era provocarse la propia muerte.

Suicidio

Hace referencia a la “Conducta o acto autodestructivo, que tiene como meta alcanzar la muerte, con un elevado deseo de morir y con el conocimiento, esperanza y creencia, de que con el método elegido es posible alcanzarla” (Baader, 2011, p. 304), es autoinfligida y provoca el propio fallecimiento (Ministerio de salud, 2018)

¿Qué son los factores protectores y cómo protegen a los/las adolescentes de la conducta suicida?

Los factores protectores son aquellos recursos y/o características que se pueden identificar, potencializar y/o desarrollar en el/la adolescente, su familia, grupo o comunidad, favorecen el desarrollo humano, el mantenimiento o recuperación de la salud en sus dimensiones biológica, psicológica y social; y además tienen la posibilidad de contrarrestar los posibles efectos de factores de riesgo (Donas, 2001). Rutter (1993) plantea que los factores protectores no pueden ser pensados como un atributo con el que los adolescentes nacen, sino que se logran a través de un proceso interactivo con su medio.

Los factores protectores reducen los efectos negativos de la exposición a riesgos y al estrés, así, gracias a tales factores, aquellos adolescentes que han tenido que vivir

en contextos desfavorecidos y sufrir experiencias adversas, pueden llevar una vida normalizada (Benard, 2004; Rutter, 1993; Uriarte, 2006) pues minimizan la probabilidad de que surja un trastorno mental y generan impactos positivos a corto y largo plazo (OPS, 2011; Lomba et al., 2013). Además, constituyen un sostén emocional para que los/las adolescentes puedan vivir de manera saludable esta etapa del ciclo vital, cuenten con recursos para hacer frente a los retos propios de la vida y con ello se reduzca la probabilidad de contemplar el suicidio como una alternativa en sus vidas (Ministerio de Salud de Chile, 2019).

Dentro del estudio de los factores protectores, diversas investigaciones señalan que la autoestima, el apoyo social, el afrontamiento y la funcionalidad familiar, han mostrado eficacia en la prevención de la conducta suicida en población adolescente. A continuación se aborda cada uno de estos factores protectores.

¿Qué es la Autoestima y cómo protege a el/la adolescente de la conducta suicida?

Branden (1994) define la autoestima como el sentido de eficacia personal, que tiene que ver con la confianza en sí mismo de poder afrontar los retos de la vida, y con el sentido de mérito personal o autodignidad que hace referencia al sentimiento de ser dignos de merecer, de tener derecho a afirmar nuestras necesidades y a gozar de los frutos de nuestros esfuerzos. Es decir que la autoestima es la visión más profunda que el adolescente tiene de sí mismo; por ello influye sobre sus decisiones y modela el tipo de vida que lleva; al respecto, diversas investigaciones han encontrado que los/las adolescentes con autoestima positiva se sienten valiosos y por tanto dignos de ser amados por los demás, reconocen su valía y sus propias capacidades, por el contrario, aquellos adolescentes que tienen baja autoestima pueden sentirse desvalorados e incapaces de lograr lo que se proponen, y por tanto pueden compararse frecuentemente con los demás, destacando las virtudes y las capacidades de otros, y asumiéndolos como superiores o más importantes, perjudicando así su salud y bienestar (Branden, 1994; James, 1989 y Pérez-Villalobos, 2009).

Además de lo expuesto, diferentes investigaciones señalan que existe relación entre la autoestima y la conducta suicida en adolescentes, por ejemplo, Gómez y Salamanca (2016) y; Molina et al. (2011) concluyeron que a mayor autoestima, menor ideación suicida. Del mismo modo, Vargas-Trujillo et al. (2005) encontraron que la autoestima es una característica muy importante relacionada con el bienestar y el comportamiento en salud en escolares adolescentes y que tiene un papel predominante en la predicción del ajuste psicológico (Schoeps, 2019). Una autoestima alta en el/la adolescente está íntimamente relacionada con la capacidad de disfrutar de la vida y encontrar fuentes de satisfacción en la existencia (Falcon-Flores, s.f.), facilita la adaptación social, además, permite a los adolescentes interpretar las experiencias negativas de un modo más funcional (Díaz, et al., 2018), mientras que la baja autoestima en los adolescentes se relaciona con angustia, dolor, indecisión, desánimo, vergüenza, desesperanza y un sinnúmero de malestares que pueden constituirse como factores de riesgo ante la conducta suicida (Falcon-Flores, s.f.).

¿Qué es el Apoyo social y cómo protege a él/la adolescente de la conducta suicida?

El apoyo social hace referencia al conjunto de aportes que se reciben de las relaciones establecidas con las personas: amigos, familia, vecinos, pareja, entre otros (Orcasita y Uribe, 2010).

Para Gracia (citado en Méndez y Barra, 2008) este concepto está constituido por tres dimensiones, a saber: a) apoyo instrumental, referido al soporte material o de servicios; b) apoyo cognitivo, relacionado con el intercambio de experiencias, consejos e información para generar estrategias de afrontamiento frente a diversas demandas del entorno; y c) apoyo

emocional, como la posibilidad de compartir sentimientos, pensamientos, reconocimiento y escucha.

El apoyo social constituye un recurso que protege a los adolescentes del suicidio, pues las relaciones sociales ricas, sobre todo con amigos y familiares, brindan mayor estabilidad, predictibilidad y sensación de control ante los problemas (Miranda et al, 2016; Hernández y Villarreal, 2015). Adicionalmente, favorece la construcción de una percepción más positiva del ambiente en el que el adolescente se encuentra, promueve el autocuidado y el mejor uso de sus recursos personales y sociales (Méndez y Barra, 2008), de esta manera, la existencia de relaciones humanas positivas y el apoyo que estas brindan permiten alcanzar estados de relativo bienestar y superar acontecimientos estresantes durante esta etapa del ciclo vital (Galván et al., 2006).

¿Qué es el afrontamiento y cómo protege a él/la adolescente de la conducta suicida?

Lazarus y Folkman (citados en Moran et al., 2010) definieron el afrontamiento como “los esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes, que se desarrollan para manejar las demandas específicas que son valoradas como situaciones que exceden o desbordan los recursos de una persona.” (p.544). Por su parte, Sandin et al. (2009) plantean una diferencia entre estrategias y estilos de afrontamiento, indicando que las primeras son específicas y se llevan a cabo en acciones concretas para modificar las condiciones del estresor, mientras que los estilos de afrontamiento constituyen acciones más generales, tendencias personales para llevar a cabo una u otra estrategia de afrontamiento.

Sumado a lo anterior Lazarus y Folkman (citados en Viñas et al., 2015, parr.4) hacen referencia a dos estilos de afrontamiento “el focalizado en el problema o dirigido a su resolución y el focalizado en las emociones u orientado a restablecer el equilibrio emocional”, para DeLongis, Folkman y Gruen (1985) un afrontamiento adecuado a una situación específica conduce a un ajuste adecuado, y como consecuencia desemboca en bienestar, funcionamiento social y buena salud. En un sentido similar Frydenberg y Lewis (2009) y Viñas et al. (2015) plantean que si los adolescentes disminuyen el uso de los estilos de afrontamiento no productivos e incrementan el uso de los productivos se incrementará su bienestar.

¿Qué es la funcionalidad familiar y cómo protege a él/la adolescente de la conducta suicida?

Una familia funcional es aquella que logra promover el desarrollo integral de sus miembros, así como un estado de salud favorable en ellos (Smilkstein, citada en, Moreno y Chauta, 2012), así mismo, hace referencia el grado de satisfacción con el cumplimiento de los parámetros básicos de la función familiar (Suarez y Alcalá, 2014) que se muestran a continuación: 1) Adaptación: Tiene que ver con la capacidad de utilizar recursos intra y extra familiares para resolver problemas en situaciones de estrés familiar o periodos de crisis; 2) Participación: Hace referencia a la implicación de los diferentes miembros de la familia en la toma de decisiones y en las responsabilidades relacionadas con el mantenimiento familiar, de ahí que también suele denominarse cooperación; 3) Gradiente de recursos personales: Indica la auto realización, la maduración física y emocional que alcanzan los miembros de una familia, como consecuencia del apoyo y asesoramiento mutuo; 4) Afectividad: Es la relación de cariño, atención y amor que existe entre los miembros de la familia; 5) Recursos o capacidad resolutoria: Es el compromiso de dedicar tiempo a atender las necesidades físicas y emocionales de otros miembros de la familia, lo que implica dedicar tiempo, espacio y dinero a los demás miembros de la familia.

Por todo esto, la funcionalidad familiar actúa como factor protector ante las diferentes manifestaciones de conducta suicida en los adolescentes, pues brinda un ambiente seguro, facilita la adaptabilidad, proporciona seguridad, autoestima y fomenta el autoconcepto positivo, generando en el adolescente destrezas emocionales, cognitivas y sociales que favorecen su comportamiento y disminuyen las influencias adversas que se presentan en el contexto social (Silva & Pillón, 2004).

Descripción del Programa

La figura 1 muestra estructura general del programa, en seguida, la figura 3 muestra a modo de resumen, los contenidos que se abordan en casa sesión dirigida a estudiantes y padres de familia.

Figura 1
Estructura general del programa EP



Figura 2

Contenidos del Programa EP.

Componente	No. de Sesión	Contenido	Acciones transversales	
			Escuela de Familia "Mi hogar un espacio para aprender"	Articulación con docentes de áreas académicas
Salud mental y autocuidado	1	¿Qué es la salud mental? ¿Por qué es importante el autocuidado?		
Autoestima	2	Autorreconocimiento y autoaceptación.	Flexibilidad psicológica - Autocompasión	Sesión 1 Socialización y sensibilización Sesión 2 Afectividad Sesión 3 Recursos o capacidad resolutive Sesión 4 -Gradiente de recursos personales Sesión 5 -Participación y adaptación.
	3	Herramientas para favorecer la autoestima		
Afrontamiento	4	¿Qué es el afrontamiento? ¿Cómo afronto los problemas de mi vida?		
	5	Afrontamiento centrado en la emoción		
	6	Afrontamiento centrado en el problema		
Apoyo Social	7	Empatía y validación emocional Búsqueda de apoyo		
	8	Redes de apoyo Vínculos interpersonales		

¿Cómo implementar el Programa EP?

El programa EP está organizado en planes de sesión, unas dirigidas a estudiantes y otras a sus familias, así mismo cuenta con una caja de herramientas diseñada para la implementación, tal como se muestra a continuación:

INTERVENCIÓN CON ESTUDIANTES

Sesión No. 1	Actividad y Procedimiento
Objetivo general de la sesión: Introducir el tema de salud mental y motivar la participación en el Programa Escuelas que Protegen (EP)	
Objetivo: Facilitar un ambiente de confianza y empatía entre el interventor y los estudiantes.	Los retos de la vida: a) Los estudiantes identifican un reto personal, relacionado con su salud mental, lo escriben de manera anónima en una hoja y lo ubican en una caja o bolsa; b) El facilitador, da inicio al ejercicio comentando un reto personal relacionándolo con su salud mental y posteriormente, cada estudiante toma aleatoriamente uno de los papeles de la bolsa y comparte con los demás lo que dice; d) Al finalizar se realiza una reflexión en torno a los retos que todos los seres humanos deben afrontar en las diferentes etapas de la vida.
Reconocer las perspectivas de los estudiantes frente a la salud mental y el autocuidado.	Lluvia de ideas: a) Los participantes reciben una imagen relacionada con el tema de salud mental; b) Se plantea la pregunta ¿Teniendo en cuenta su experiencia y opinión personal, para usted, que relación existe entre la salud mental, el autocuidado y la imagen que le fue compartida? Los participantes que deseen dibujar su propia imagen pueden hacerlo; c) Los participantes comparten con el grupo sus opiniones y el moderador escribe los aportes en un tablero; d) En base a los aportes de los estudiantes se construye el concepto de salud mental y se sensibiliza frente a la importancia del autocuidado.

Componente: Autoestima	
Sesión No. 2	Actividad y Procedimiento
Objetivo general de la sesión: <i>Facilitar el autoreconocimiento y autoaceptación.</i>	
Reconocer las equivocaciones y debilidades y/o como parte de la experiencia humana.	Dinámica inicial “La palabra escondida”: a) De manera previa a la actividad se ubican diferentes palabras fuera del salón de clase, los participantes deben encontrarlas siguiendo una serie de pistas y formar una frase con ellas; b) La frase será la consigna del encuentro; c) Se escuchan opiniones de los estudiantes frente al mensaje que les deja la frase; d) Se ubica la frase en un lugar visible del salón.
Promover el reconocimiento de las fortalezas y debilidades personales	Ejercicio experiencial “Más que tormenta”: a) Los participantes se organizan en binas; b) Cada participante recibe un pliego de papel donde dibuja su silueta con ayuda de su compañero; c) Cada participante recibe papeles de dos colores, en un color escriben los pensamientos y/o situaciones (sobre ellos mismos) que les han generado frustración, enojo, tristeza, etc. En hojas de otro color escriben pensamientos y/o situaciones (sobre ellos mismos) que han vivido y que les han generado alegría, orgullo, tranquilidad, motivación, etc. Las situaciones y/o pensamientos pueden ser del momento presente o del pasado; d) Los participantes ubican los papeles de colores dentro de su respectiva silueta.
Reconocer las experiencias positivas y negativas de la vida como parte de la experiencia humana.	Conversatorio: a) Se da lectura a la metáfora del ajedrez” y a partir de ello se realiza un conversatorio tomando como guía las preguntas: ¿A qué aspecto(s) de los descritos en la silueta pone mayor atención? ¿Qué implicaciones tiene ese actuar en su vida?; b) El moderador(a) retroalimenta los aportes de los/las participantes y realiza una reflexión final, tomando como base el referente conceptual “Yo como contexto”.
Sesión No. 3	Actividad y Procedimiento
Objetivo general de la sesión: <i>Brindar herramientas para el fortalecimiento de la autoestima</i>	
Introducir el tema del encuentro.	El mensaje secreto: a) Los estudiantes se organizan en binas, b) Cada bina recibe un globo, algunos de ellos contienen una palabra dentro, c) La misión de cada bina es explotar su globo, sin usar sus manos. d) Con las palabras que las binas encontraron dentro de los globos, todos los participantes deben formar el mensaje secreto, el cual será la consigna del encuentro.
Reflexionar frente al trato que los estudiantes se dan a sí mismos y a los demás.	Ejercicio reflexivo “Más abrazos, menos látigos”: a) Se solicita a los participantes escribir en hojas de colores las palabras o expresiones que usualmente utilizan con ellos mismos cuando se equivocan, cuando no logran sus propósitos y/o cuando algo no sale como esperan, al terminar se pide ubicarlos en el mural denominado “Menos látigos”; b) Se solicita a los participantes escribir en hojas de colores las palabras o expresiones que usualmente utilizan cuando sus amigos o personas más queridas no logran sus propósitos, tiene resultados negativos en los proyectos que emprenden o tienen dificultades, al terminar se pide ubicarlos en el mural denominado “Más abrazos”; c) Se invita a los participantes a leer las expresiones consignadas en los murales; d) Los participantes se sientan formando un círculo y se realiza una reflexión frente al ejercicio, tomando como referente las preguntas: ¿Que le llamó la atención del ejercicio? y ¿Por qué nos resulta más fácil tratar con bondad a los otros y no a nosotros mismos?
Promover el trato autocompasivo en los/las participantes	“Historias para crecer”: a) Se presenta el cuento: “Escuchando con mi corazón”; b) El moderador(a) plantea las siguientes preguntas: ¿Qué le llamó la atención del cuento? y ¿Qué experiencias o situaciones personales le evocó el cuento?; c) El

	moderador retroalimenta la actividad motivando a los participantes a fortalecer el trato autocompasivo.
Brindar recomendaciones sobre el trato autocompasivo respetuoso y amable hacia sí mismos	Ejercicio experiencial “Ser mi propio amigo(a)”: Los estudiantes realizan la actividad “Ser mi propio amigo” siguiendo la guía No. 1 dirigida por el moderador. Video: Se presenta el video “Un ejercicio de autocompasión genuina” donde se brindan recomendaciones para promover el trato respetuoso y autocompasivo hacia sí mismo.
Promover el trato respetuoso y autocompasivo en la cotidianidad.	Tarea para la casa: Se solicita a los estudiantes realizar los ejercicios planteados en la guía denominada “Un acto de bondad” durante la semana.
Componente: Afrontamiento	
Sesión No.4	Actividad y Procedimiento
Objetivo general de la sesión: <i>Promover en los estudiantes el uso de estilos de afrontamiento productivos</i>	
Fortalecer los contenidos vistos en la sesión No. 3 desde la experiencia de los participantes	Plenaria: Se da un saludo de bienvenida y en plenaria los participantes comparten su experiencia en el desarrollo de la tarea para la casa establecida en la sesión anterior.
Reconocer la manera en que los estudiantes afrontan las situaciones problemáticas de su vida.	Análisis de casos: En grupos de trabajo, los estudiantes analizan una situación problema y establecen una solución de acuerdo con su experiencia. Plenaria Cada grupo comparte con sus compañeros la historia analizada y la manera como la abordaron.
Orientar a frente a los estilos de afrontamiento productivos.	Explicación de los estilos de afrontamiento: El moderador brinda una explicación sobre los estilos de afrontamiento (Centrado en el problema y centrado en las emociones), tomando como base el referente teórico.
Poner en práctica la información brindada para el establecimiento de los estilos de afrontamiento productivos.	Análisis grupal de casos: Tomando como base la explicación frente a los estilos de afrontamiento, se analizan los casos por segunda vez de manera grupal, y se retroalimenta su respuesta. Se invita a los estudiantes a plantear situaciones personales para realizar el análisis.
Sesión No. 5	Actividad y Procedimiento
Objetivo general de la sesión: <i>Entrenar a los estudiantes en estrategias de afrontamiento centradas en la emoción.</i>	
Brindar información sobre el funcionamiento del cerebro humano ante una situación de crisis emocional y la función de las emociones.	Video: La biología de las emociones: a) El moderador da apertura al espacio con una breve introducción al tema, resaltando la importancia de conocer cómo funciona el cerebro en situaciones de crisis emocional, así como el papel protector de las emociones y la importancia de fortalecer los recursos personales para el manejo adecuado de estas; b) 2. Se proyecta el video “La biología de las emociones” al finalizar se plantea la pregunta ¿Qué función (es) tienen las emociones? y se da la participación de 1 o 2 estudiantes.

Desarrollar la fase educativa de la técnica de respiración natural profunda.	Explicación magistral: a) El moderador brinda una explicación sobre los beneficios de la respiración natural y profunda, tomando como base la información brindada en la guía “La respiración y el control de mis emociones”; b) Se brinda una explicación sobre la técnica de respiración natural y profunda, describiendo cada paso, de acuerdo con la información suministrada en la guía para el entrenamiento de la técnica de respiración natural y profunda de Labrador (1995).
Entrenar a los estudiantes en la técnica de respiración natural y profunda.	Modelamiento: El facilitador realiza una demostración de cómo se efectúa el entrenamiento de la técnica de respiración natural y profunda, para que los participantes observen como se hace y así facilitar su aprendizaje y posterior práctica, para ello se ponen en práctica los pasos descritos anteriormente siguiendo la guía: Ejemplo práctico de la técnica de respiración natural profunda de Zambrano et al. (2021)
Practicar la técnica de respiración natural y profunda.	Juego de roles: Los participantes replican la técnica de respiración natural y profunda, durante este proceso el moderador retroalimenta el proceso.
Poner en práctica los aprendizajes del encuentro.	Tarea para la casa: Se solicita a los participantes poner en práctica los ejercicios de respiración natural profunda en su día a día y ante situaciones de estrés o crisis emocional, para ello se facilita el anexo 12 “Ejemplo práctico sobre la técnica de respiración natural profunda de Zambrano et al. (2021)”.
Sesión No. 6	Actividad y Procedimiento
Objetivo general de la sesión: Entrenar a los estudiantes en estrategias de afrontamiento centradas en la solución de problemas.	
Fortalecer los contenidos vistos en la sesión No. 5	Plenaria: Los participantes comparten su experiencia en el desarrollo de la tarea para la casa establecida en la sesión anterior.
Realizar la fase educativa de la técnica de resolución de problemas de D’Zurilla y Goldfried.	Video: Se proyecta el video “Técnica de resolución de problemas”, al finalizar se plantean las siguientes preguntas y se brinda la participación a 1 o 2 estudiantes: ¿En qué consiste la técnica de resolución de problemas? y ¿De qué manera puede aportarle esta técnica a su vida?, con base en los aportes de los estudiantes, el moderador brinda una retroalimentación.
Realizar la fase de entrenamiento de la técnica de resolución de problemas de D’Zurilla y Goldfried,	Modelamiento: a) El moderador da lectura a un problema, “ <i>El caso de Soledad</i> ” consignado en la Caja de herramientas para el desarrollo de la fase educativa de la técnica de resolución de problemas; b) El moderador expone la puesta en práctica de la técnica de solución de problemas al caso de Soledad, para que los participantes observen cómo se hace y así facilitar su aprendizaje y posterior práctica.
Poner en práctica la técnica de resolución de problemas.	Análisis de casos y Juego de roles: a) Los estudiantes se organizan en grupos de tres a cuatro personas; b) eligen un problema cotidiano; c) analizan el problema seleccionado y aplican los pasos de la técnica de resolución de problemas, usando la guía “ <i>Ruta para la puesta en práctica de la técnica de solución de problemas</i> ”; d) a partir del juego de roles, los participantes representan la situación analizada, mostrando los pasos aplicados de la técnica de solución de problemas; e) el moderador retroalimenta/n el ejercicio realizado por los participantes.

Promover la práctica de la técnica de resolución de problemas.	Tarea para la casa: Se solicita a los participantes poner en práctica la técnica de resolución de problemas en situaciones cotidianas y compartir en el siguiente encuentro su experiencia, para ello se facilita la guía “ <i>Ruta para la puesta en práctica de la técnica de solución de problemas</i> ”	
Componente: Apoyo Social		
Sesión No. 7	Actividad y Procedimiento	Tiempo
Objetivo general de la sesión: Promover la búsqueda de apoyo a partir de la empatía y la validación emocional.		
Motivar la búsqueda de apoyo en los y las estudiantes.	Dinámica inicial “Salir del círculo”: 10 participantes forman un círculo de pie, sujetando un lazo. (Cada participante representa una puerta de salida); b) El resto de los(as) participantes entran al círculo con los ojos vendados; c) Los participantes que se encuentran dentro del círculo tienen 3 minutos para salir de la manera libre; d) De manera privada, se informa a las personas que conforman el círculo que su tarea es evitar las fugas «por todos los medios posibles», pero que si la persona que quiere escapar pide ayuda para salir, uno de los participantes le abrirá el círculo y le mostrará la salida; e) Al concluir la dinámica se solicita a los estudiantes sentarse formando un círculo y se plantea las siguientes preguntas: ¿Por qué no pidió ayuda para salir del círculo? ¿Esta situación les ha sucedido en la vida cotidiana? Que ante las dificultades o situaciones difíciles les cueste pedir apoyo; f) Se realiza una retroalimentación teniendo en cuenta los aportes de los estudiantes y la importancia de pedir ayuda para el cuidado de la salud mental.	
Fomentar la empatía entre los estudiantes.	“Lo que nos hace humanos”: a) Cada estudiante crea un personaje, utilizando diferentes materiales, posteriormente crea una historia de vida para el personaje siguiendo las indicaciones brindadas en la guía denominada “ <i>Lo que nos hace humanos</i> ”; b) Se solicita a los estudiantes formar grupos de 6 personas de manera libre; c) Cada integrante del grupo presenta al personaje que creó y les habla de su vida, mientras la persona interviene los demás escuchan con atención; d) al finalizar el ejercicio se realiza un conversatorio tomando como base las siguientes preguntas: ¿Qué elementos comunes encuentran en la historia de los personajes?	
Reconocer la importancia de brindar apoyo para la salud mental de los otros y de sí mismos.	Análisis de ilustraciones “El valor de ayudar”: a) Se proyectan ilustraciones relacionadas con el valor del apoyo social; b) Se solicita a los estudiantes dar su opinión frente a las imágenes; c) Se realiza una retroalimentación del ejercicio.	
Identificar personas importantes en la vida del/la adolescente.	Tarea para la casa: Se solicita buscar fotografías de personas especiales para ellos, a quienes les tengan confianza o consideran importantes en los momentos buenos y difíciles. las fotografías deben llevarse al siguiente encuentro de manera impresa (También pueden llevar fotografías que tengan a disposición)	
Sesión No. 8	Actividad y Procedimiento	Tiempo y recursos
Objetivo general de la sesión: Fortalecer habilidades para la búsqueda de ayuda y para el fortalecimiento de las relaciones interpersonales		
Sensibilizar frente a la importancia de brindar y	La entrevista: a) Cada estudiante entrevista a una persona dentro del establecimiento educativo, a quien le realiza la siguiente pregunta: ¿Qué ha significado para usted el apoyo que le han brindado en situaciones difíciles?; b) Los estudiantes comparten	

recibir apoyo para la salud mental.	algunas respuestas y el moderador(a) realiza una reflexión sobre el valor del apoyo que se brinda y se recibe para el cuidado de la salud mental.
Identificar la red de apoyo	Lluvia de ideas “Nunca caminas solo”: a) Se construye colectivamente el concepto: Red de apoyo y se complementa la definición con una explicación del moderador(a); b) Cada estudiante construye creativamente su red de apoyo.
Brindar recomendaciones para pedir ayuda	¿Cómo pedir apoyo?: a) Se presentan los videos: ¿Cómo generar una red de apoyo? y Fortaleciendo mi red de apoyo; b) Se brinda una retroalimentación frente al video.
Promover la valoración y el cuidado de las relaciones interpersonales	“Tú en mi vida”: a) Se solicita a los participantes seleccionar tres personas importantes en su vida (familia, amigos, profesores, personas de la comunidad, etc), identificar un momento significativo con esas personas, las fortalezas de esa relación, los aspectos por mejorar, y las cosas que puede hacer para que la relación se fortalezca, para este fin se entrega la guía denominada “ <i>Tú en mi vida</i> ”; b) Se brinda un espacio para que los estudiantes compartan de manera voluntaria el ejercicio, para ello se plantea una pregunta orientadora ¿Por qué cree que es importante cuidar la relación con esas personas y como lo haría?; c) El moderador(a) realiza una retroalimentación teniendo en cuenta los aportes de los estudiantes.
Fortalecer vínculos afectivos con las redes de apoyo.	Tarea para la casa: Teniendo en cuenta la actividad “Tu en mi vida” se motiva a los estudiantes a tener una muestra de afecto con una o todas las personas elegidas, donde se exprese el valor que tienen en su vida.

INTERVENCIÓN CON FAMILIAS

Sesión 1	Objetivo general: Socializar el programa psicoeducativo y sensibilizar a las familias frente a su participación.
Descripción de la actividad y objetivo específico	
Actividad Inicial: “La red: de lo desconocido a lo afectivo” - Motivar la participación de las familias en el programa.	
Se solicita a los padres y/o madres de familia sentarse formando un círculo, una vez organizados, el facilitador presenta las siguientes instrucciones: 1) Se entregará un ovillo de lana a un participante para que se lo lance a otra persona, 2) antes de lanzar el ovillo deberá saludar a los asistentes, decir en voz alta un valor importante en su rol de padre o madre, por ejemplo, Buenas tardes, mi nombre es María y lo más importante para mí es ser comprensiva con mis hijos y ser un buen ejemplo para ellos. 3) Al lanzarlo debe mantener sujetado la punta del ovillo. 4) Quien recibe el ovillo debe realizar las mismas acciones, asegurándose de sujetar bien el hilo que le corresponde. En base a las participaciones, se realiza una reflexión en torno a los retos de la paternidad-maternidad y sobre la posibilidad de fortalecer dichos roles a partir de las herramientas que se brindan en el marco del programa y de las acciones comprometidas que emerjan del proceso.	
Actividad central: Socialización del Programa - Brindar información sobre el programa EP.	
Se proyecta el video de presentación del programa EP y se profundiza en su objetivo, componentes, metodología y periodicidad a través de una socialización. Además se plantean acuerdos sobre la asistencia, puntualidad y normas de comportamiento durante las sesiones.	
Actividad final: Plenaria - Aclarar dudas frente al programa e identificar las expectativas de las familias.	

Se brinda un espacio para plantear preguntas sobre el programa y sobre la participación de las familias, además de sus expectativas. Posteriormente, los padres y madres que deseen participar del programa firman el consentimiento informado.	
Sesión 2	Componente 1 de la funcionalidad familiar: Afectividad
Consigna del encuentro: “Si no sabes que hacer, solo respira”	
Objetivo general: Promover la expresión de afecto y el cuidado en la familia a partir del estilo de crianza democrático-assertivo.	
Historias para aprender - Sensibilizar a los participantes frente a la importancia de expresar afecto en el hogar.	
El moderador(a) presenta la consigna del encuentro; b) Se da lectura al cuento “Amor.EXE” al finalizar plantea las siguientes preguntas, y se da la participación a 2 o 3 padres/madres de familia - ¿Qué fue lo que les llamó la atención del cuento? ¿Qué valor creen que tiene el amor y el afecto en el hogar? ¿Qué diferencias existen entre sentir afecto y expresar afecto	
Video y Socialización - Brindar información sobre los estilos de crianza.	
a) El moderador(a) introduce el tema de estilos de crianza, en base a la información consignada en la infografía ¿Por qué es importante conocer los estilos de crianza? y posteriormente proyecta el video denominado ¿Cuál es su estilo de crianza?; b) Con base en el video, el moderador(a) plantea las siguientes preguntas, y da la palabra a 2 o 3 padres de familia: ¿Cuáles son las características del estilo de crianza autoritario?, ¿Cuáles son las características del estilo de crianza negligente?, ¿Cuáles son las características del estilo de crianza democrático asertivo?, De acuerdo con los aportes de los padres, el moderador(a) realiza una retroalimentación con el fin de favorecer la comprensión del tema.	
Análisis de caso y juego de roles - Promover el estilo de crianza democrático asertivo	
a) Se solicita a las familias organizarse en grupos de cinco personas; b) Cada grupo desarrolla la guía de trabajo denominada “Así funcionan los estilos de crianza”; c) En cada grupo debe haber un moderador que diligencie la guía con los aportes de todos los integrantes del equipo; d) Cada grupo representa la situación que le correspondió, a través de juego de roles y el moderador retroalimenta cada intervención.	
Psicoeducación -Brindar recomendaciones para favorecer la expresión de afecto y el cuidado en el hogar.	
Tomando como referente las piezas comunicativas: <i>Afecto y cuidado, una muestra de amor</i> , el moderador(a) brinda a los padres de familia recomendaciones para favorecer la expresión de afecto y el cuidado en el hogar.	
Una carta de amor - Generar espacios para la expresión de afecto.	
a) Los padres y madres de familia elaboran una carta para su hijo; b) Al finalizar se pregunta ¿Cómo se sintieron en el ejercicio? c) La carta es entregada a los estudiantes durante el taller No. 8, donde se aborda el tema: Apoyo Social.	
Tarea para la casa: Se solicita a los padres de familia llevar al siguiente encuentro 4 fotografías de su hijo (a), desde el nacimiento hasta la fecha actual.	
Sesión 3	Componente 2 de la funcionalidad familiar: Gradiente de recursos personales.
Consigna del encuentro: “Esta bien llorar, tener miedo o enojarse. Tú no estás aquí para juzgarte, tú estás aquí para abrazarte.	
Objetivo general: Promover el apoyo familiar y la búsqueda de ayuda a partir de la validación emocional.	
Plenaria - Recordar y fortalecer los contenidos vistos en la sesión No. 2	
Los participantes comparten su experiencia en el desarrollo de la tarea para la casa establecida en la sesión 2.	
Fotopalabra “Caminando juntos” - Evocar momentos significativos en la relación padres e hijos y sensibilizar a los participantes frente a la importancia del apoyo familiar en el bienestar de sus hijos.	

<p>a) Los participantes ubican las fotografías en la plantilla del álbum denominado Caminando juntos; b) Se propicia un espacio para evocar recuerdos y para la reflexión en torno al significado de las fotografías, tomando como guía las preguntas: ¿Qué significa su hijo (a) en su vida? ¿Qué representan las fotografías? ¿Cómo han cambiado las necesidades de su hijo(a) a lo largo de su crecimiento? ¿Quiénes han estado presentes en los momentos difíciles o importantes para su hijo(a)? ¿Qué cree que ha significado ese apoyo y/o compañía para su hijo(a)?; c) Mientras los padres reflexionan sobre las preguntas, escuchan la canción “A ella le debo mi amor”; d) Plenaria para compartir la experiencia de las familias en el desarrollo del ejercicio y las respuestas a las preguntas orientadoras; e) El moderador realiza una retroalimentación frente a la importancia del apoyo familiar con base en los aportes de los participantes.</p>	
<p>Juego de roles - Sensibilizar a las familias frente a la importancia de la validación emocional en la búsqueda de apoyo.</p>	
<p>a) Se eligen 6 participantes; b) Los participantes se organizan en binas y se asigna un rol a cada uno, para ello se entrega una ficha con la información del rol a representar; c) Cada bina presenta el juego de roles, al finalizar se plantean las siguientes preguntas: ¿Cómo se sintió con la respuesta de su compañero?, ¿Le pediría ayuda, Por qué? ¿Si estuviera en el lugar de su compañero, como hubiera respondido?; d) Se plantean las siguientes preguntas al público asistente: ¿Qué opinión le merece la respuesta de su compañero ante la situación problema expuesta por el/la adolescente representado en el juego de roles?</p>	
<p>Videos - Explicar a las familias en que consiste la validación emocional, su relevancia y aplicación en las relaciones interpersonales.</p>	
<p>a) El/la moderador(a) introduce el tema de validación emocional y presenta los videos: “<i>El poder de la empatía</i>” y “<i>Validación emocional</i>”, donde se brinda información sobre: el concepto de validación emocional y ejemplos cotidianos sobre el tema, diferencia entre la validación de emociones y de conductas, recomendaciones para aplicar la validación emocional en las relaciones familiares. b) Se hacen pausas a lo largo de los videos para ampliar la información de cada subtema y al final se brinda un espacio para resolver las inquietudes de los participantes.</p>	
<p>Tarea para la casa S.O.S familiar. “<i>Aquí estamos</i>”- Promover espacios para la búsqueda de ayuda.</p>	
<p>Se solicita a la familia incluir dentro de su rutina diaria un espacio de diálogo (p.e. en la hora de las comidas) donde puedan compartir sus experiencias del día, p.e. cómo les fue a los hijos en el colegio, como estuvo el día de los padres, cómo se sienten, etc. Además se motiva a los padres e hijos a construir una frase insignia que puedan utilizar cuando un integrante de la familia tenga un problema, p.e. “SOS Familiar”</p>	
Sesión 4	Componente 3 y 4 de la funcionalidad familiar: Adaptación y participación
<p>Consigna del encuentro: “<i>Si caminas sólo, irás más rápido; si caminas acompañado llegarás más lejos</i>”</p>	
<p>Objetivo general: Promover la implicación de los miembros de la familia en la toma de decisiones y la cooperación familiar.</p>	
<p>Plenaria - Recordar y fortalecer los contenidos vistos en la sesión No. 3</p>	
<p>Los participantes comparten su experiencia en el desarrollo de la tarea para la casa establecida en la sesión 2.</p>	
<p>Dinámica “Familias a jugar” Brindar información sobre los beneficios de la participación de los hijos(as) en la toma de decisiones y la cooperación familiar.</p>	
<p>a) Los participantes deben formar grupos de 7 personas, cada uno debe elegir un nombre para su equipo y un líder; b) Cada grupo debe realizar los retos que encontrará a lo largo de tres estaciones.</p> <p>Estación 1. Cada grupo recibe un rompecabezas, que al armarse forma una frase referente a la participación de los hijos (as) en la toma de decisiones, el rompecabezas debe ser armado con la participación de todos los integrantes y la frase debe memorizarse (Los grupos pueden empezar a armar el rompecabezas cuando el moderador(a) dé la instrucción). Una vez armado el rompecabezas, el grupo avanza a la estación 2.</p>	

<p>Estación 2. Cada grupo recibe cuatro globos, y deben trasladarlos hasta la estación 3, sin utilizar las manos y sin que estos toquen el piso.</p> <p>Estación 3. Un integrante del equipo escribe sobre un cartel la frase que encontró en el rompecabezas y al finalizar el moderador(a) le entrega un documento.</p> <p>c) El moderador (a) realiza una retroalimentación de la actividad e introduce el tema: toma de decisiones y cooperación familiar, enfatizando en los beneficios de involucrar a los diferentes miembros de la familia en la toma de decisiones y en las responsabilidades relacionadas con el mantenimiento familiar.</p>	
<p>Análisis de textos - Brindar recomendaciones para fortalecer la participación de los hijos (as) en la toma de decisiones y la cooperación en el hogar.</p>	
<p>a) Cada grupo se organiza en mesa redonda, y da lectura al texto ¿Como promover la participación y cooperación en nuestros hogares? que le fue entregado en la dinámica inicial (cada equipo recibe un texto diferente); b). Cada grupo extrae las ideas principales del texto y las presenta de manera creativa a los integrantes de los demás grupos, incluyendo ejemplos de cómo pueden aplicarlas en la relación con sus hijos(as); c) Al finalizar cada presentación el moderador(a) realiza una retroalimentación.</p>	
Sesión 5	Componente 5 de la funcionalidad familiar: Recursos o capacidad resolutive
<p>Consigna del encuentro: <i>“A veces no puedo con todo y está bien, no pasa nada”</i></p>	
<p>Objetivo general: Brindar herramientas para responder a las necesidades físicas y emocionales de los miembros de la familia.</p>	
<p>Plenaria - Recordar y fortalecer los contenidos vistos en la sesión No. 4 desde la experiencia de las familias.</p>	
<p>Los participantes comparten los aprendizajes que adquirieron en la sesión No. 4</p>	
<p>Fotovoz “La historia de tras de la fotografía” - Orientar a los padres y madres frente a las necesidades físicas y emocionales de sus hijos(as).</p>	
<p>a) Se solicita a los participantes formar 5 equipos; b) Cada grupo recibe dos fotografías que representan las necesidades humanas (Una fotografía representa la necesidad satisfecha y otra la carencia de la misma); c) Se solicita a los participantes observar y analizar reflexivamente las fotografías y responder las siguientes preguntas: ¿Qué representan las fotografías?, ¿Qué rol ocupan los padres en la situación?, ¿Qué diferencias cree que existen en la vida de las personas representadas en cada fotografía?; d) Se proyectan las diferentes imágenes a todo el grupo y cada equipo comparte sus apreciaciones de acuerdo con las preguntas; e) Al finalizar la intervención de cada equipo, el moderador (as) explica el tipo de necesidad al que hace alusión cada fotografía.</p>	
<p>La feria de las necesidades - Brindar recomendaciones a las familias que aporten a la satisfacción de las necesidades de sus hijos e hijas.</p>	
<p>a) Cada grupo se ubica en un stand que lleva el nombre de la necesidad analizada en la actividad inicial; b) Cada integrante del grupo comparte desde su experiencia ideas y recomendaciones para aportar a la satisfacción de dicha necesidad desde el hogar y complementa la información con la lectura denominada <i>“Gotas de amor”</i>; c) Cada grupo recibe materiales para decorar su stand de manera creativa y presentar a los demás participantes las recomendaciones expuestas en el punto b. d). Todos los participantes pasan por los diferentes stand, donde reciben la información preparada por cada grupo y al finalizar cada intervención, el moderador (a) realiza una retroalimentación.</p>	

Anexo B. Permiso Institucional



Liceo de la Universidad de Nariño 1689-2020

DIR-LIC 105
San Juan de Pasto, 27 de julio de 2021

Profesional
CLARA QUENAN CHAÑAG
Ps. Maestrante
Docente orientadora, Liceo Udenar
Universidad de Nariño
Ciudad

Ref.: Respuesta a solicitud.

Cordial saludo:

Ateniendo su solicitud mediante oficio de fecha 26 de julio del año en curso, y conocedor de sus capacidades profesionales y la calidad profesional y humana de su asesor el Dr. Fredy Villalobos, le comunico que se acepta la realización de su trabajo de investigación titulado "Programa psicoeducativo para la prevención de la conducta suicida en adolescentes escolarizados: un aporte desde la perspectiva de factores protectores" en el Liceo de la Universidad.

Le solicito comedidamente que a medida que transcurra la investigación y al final de la misma, se socialice los resultados con los docentes y padres de familia y a la vez, se tengan en cuenta para la estructuración del proyecto de orientación escolar institucional en lo relacionado con el problema a investigar.

Así mismo, informar a Coordinación Académica el permiso otorgado y estar en comunicación con esta dependencia para que haya el apoyo institucional.

Cordialmente,

FERNANDO GARZÓN VELÁSQUEZ
Director

Proyectó: Martha Guerrero Muñoz, Secretaria Académica.

Anexo C. Formato de Consentimiento asistido

LICEO INTEGRADO DE BACHILLERATO DE LA UNIVERSIDAD DE NARIÑO
“PROGRAMA PSICOEDUCATIVO PARA LA PREVENCIÓN DE LA CONDUCTA
SUICIDA EN ADOLESCENTES ESCOLARIZADOS: UN APORTE DESDE LA PERSPECTIVA DE
FACTORES PROTECTORES”

FORMATO DE CONSENTIMIENTO ASISTIDO

Yo, _____ mayor de edad, identificado(a) con cc No _____ de _____, actuando en nombre de _____ identificado con tarjeta de identidad _____ como representante legal, en calidad de padre y/o madre de familia, libre, espontáneamente y sin presiones indebidas,

DECLARO

Que he recibido toda la información clara y concreta en forma oral y escrita, por parte de la psicóloga investigadora Clara Inés Quenan Chañag, el día ____ del mes de _____ del año _____, sobre el trabajo de investigación denominado: “Programa psicoeducativo para la prevención de la conducta suicida en adolescentes escolarizados: un aporte desde la perspectiva de factores protectores” que realizará a su cargo, en representación de la Maestría en Promoción y Prevención en Salud Mental de la Universidad de Nariño. El objetivo del proyecto es Determinar la eficacia de un programa psicoeducativo, en el fortalecimiento de factores protectores asociados a la prevención de la conducta suicida, en estudiantes de grado sexto, séptimo y octavo del Liceo de la Universidad de Nariño, del Municipio de Pasto.

Me han advertido que en el proceso de investigación, en ningún momento se hará público el nombre y/o documento de identificación de mi hijo(a), salvaguardando la confidencialidad de la información suministrada y su privacidad, como tampoco saldrán a la luz pública hechos relacionados que puedan identificarlo(a) y sobre los cuales se guardarán siempre y en todo el estudio, todas las reservas y discrecionalidades correspondientes. Me han explicado y he comprendido satisfactoriamente la naturaleza y propósito del estudio aludido en el que se incluirá un total de 173 investigados y de las posibles implicaciones que podría tener, especialmente que no corro ningún riesgo. He podido preguntar mis inquietudes al respecto y he recibido las respuestas y explicaciones en forma satisfactoria. También se me ha informado de mi derecho a participar voluntariamente en la investigación y la posibilidad de retirarme sin ningún tipo de consecuencias.

Se me ha informado que en caso de dudas, explicaciones adicionales o inconformidades de mi parte o de mi hijo(a) frente al estudio puedo comunicarme con la investigadora principal Clara Inés Quenan Chañag al teléfono 3168907512.

He sido interrogado(a) sobre la aceptación o no, de esta autorización para este estudio, por lo tanto

AUTORIZO:

Para que la psicóloga investigadora Clara Inés Quenan Chañag le aplique a mi hijo (a) un programa psicoeducativo para el fortalecimiento de factores protectores relacionados con la prevención de la conducta suicida, consistente en talleres que serán desarrollados dentro de la jornada escolar, así como instrumentos de medición, los cuales serán aplicados a mi hijo (a) antes y después de la administración del citado programa psicoeducativo.

Esta autorización se concede por el término de 6 de meses a partir del día de la firma del presente consentimiento.

El grupo investigador se compromete a informarme de los resultados globales o parciales de la investigación, y/o de los que de manera positiva o negativa puedan influenciar en mi estado social o de salud.

En constancia, se firma el presente documento, en dos copias, una para el investigador y otra para el investigado, con sus anexos (si los hay) en (ciudad), a los _____ días del mes de _____ del año _____

Nombre del participante

Firma y cédula del participante

Nombre del investigador

Firma y cédula del investigador

Nombre del testigo

Firma y cédula del testigo.