

**Factores protectores y de riesgo desde el marco de Salud Mental en los estudiantes de once  
del Colegio Sierra Morena (IED)**

**Autores:**

**Angie Carolina Patiño Oviedo**

**000327543**

**Kevin Andrés Cubillos Torres**

**000311855**

**Corporación Universitaria Minuto de Dios**

**Programa de Psicología**

**Proyecto de grado- pregrado**

**Soacha**

**2017**

**FACTORES PROTECTORES Y DE RIESGO DESDE EL MARCO DE SALUD  
MENTAL EN LOS ESTUDIANTES DE ONCE DEL COLEGIO SIERRA MORENA  
(IED)**

**AUTORES**

**Angie Carolina Patiño Oviedo**

**000327543**

**Kevin Andrés Cubillos Torres**

**000311855**

**Ps. John Alexander Pedraza Palacios**

**ASESOR**

**CORPORACIÓN UNIVERSITARIA MINUTO DE DIOS**

**FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS Y SOCIALES**

**PROGRAMA DE PSICOLOGÍA**

**Proyecto de grado- pregrado**

**Soacha**

**2017**

## **Factores protectores y de riesgo desde el marco de Salud Mental en los estudiantes de grado once del Colegio Sierra Morena (IED)**

### **Contenido**

Factores protectores y de riesgo desde el marco de Salud Mental en los estudiantes de grado once del Colegio Sierra Morena (IED).....	3
Resumen .....	6
Abstract .....	8
Introducción .....	9
Capítulo I .....	10
1.1 Descripción del problema.....	10
1.2 Formulación del problema .....	11
1.3 Justificación.....	11
1.4 Objetivos .....	13
1.4.1 Objetivo general. ....	13
1.4.2 Objetivos específicos.....	13
1.5 Marco referencial .....	13
1.6 Marco teórico .....	16
1.6.1 Salud mental. ....	16
1.6.2 Salud mental en adolescentes. ....	17
1.6.3 Factores de riesgo en adolescentes. ....	17
1.6.4 Factores protectores en adolescentes.....	18
1.7 Marco normativo .....	19
1.8 Diseño metodológico.....	20
1.8.1 Cuantitativo. ....	20
1.9 Línea de investigación.....	20

1.10 Transeccional descriptivo.....	21
1.11 Instrumentos .....	22
1.12 Población y muestra .....	23
1.12.1 Población.....	23
1.12.2 Muestra.....	23
Capítulo II.....	23
2.1 Propuesta.....	23
2.2 Resultados esperados.....	24
2.3 Análisis e interpretación de resultados.....	24
2.3.1 Modulo básico de Salud Mental.....	24
2.3.2 Módulo básico de Factores de protección.....	28
2.4 Discusión de resultados.....	32
2.5 Conclusiones.....	34
3. Referencias Bibliográficas .....	35
4. Apéndices.....	39
4.1 Anexo 1. Encuesta Mundial de Salud a Escolares (GSHS) Preguntas de Expansión del Módulo Básico de Salud Mental.....	39
4.2 Anexo 2. Encuesta Mundial de Salud a Escolares (GSHS) Preguntas de Expansión del Módulo Básico de Factores de Protección .....	41
4.3 Anexo 3.....	23

### Índice de tablas

Tabla 1. <i>Tabla de frecuencia de GSHS del Módulo básico de Salud Mental, de la subcategoría Conductas de riesgo.</i> .....	25
Tabla 2. <i>Tabla de frecuencia de GSHS del Módulo básico de Salud Mental, del ítem 4.</i> .....	26
Tabla 3. <i>Tabla de frecuencia de GSHS del Módulo básico de Salud Mental, de la subcategoría Conocimientos, actitudes, habilidades y fuentes de información.</i> .....	27

Tabla 4. <i>Tabla de frecuencia de GSHS del Módulo básico de Factores de protección, del ítem 1.</i> .....	28
Tabla 5. <i>Tabla de frecuencia de GSHS del Módulo básico de Factores de protección, de la subcategoría Conexión con los padres.</i> .....	29
Tabla 6. <i>Tabla de frecuencia de GSHS del Módulo básico de Factores de protección, de la subcategoría Falta de respeto de los padres hacia la individualidad de sus hijos.</i> .....	30
Tabla 7. <i>Tabla de frecuencia de GSHS del Módulo básico de Factores de protección, de la subcategoría Control de los padres y conocimiento de los amigos y actividades.</i> .....	31

### **Índice de ilustraciones**

<i>Ilustración 1.</i> Módulo básico de Salud Mental; subcategoría Conductas de riesgo .....	25
<i>Ilustración 2.</i> Módulo básico de Salud Mental; ítem 4.....	26
<i>Ilustración 3.</i> Módulo básico de Salud Mental; subcategoría Conocimientos, actitudes, habilidades y fuentes de información. ....	27
<i>Ilustración 4.</i> Módulo básico de Factores de protección; ítem 1.....	28
<i>Ilustración 5.</i> Módulo básico de Factores de protección; subcategoría Conexión con los padres. .....	29
<i>Ilustración 6.</i> Módulo básico de Factores de protección; subcategoría Falta de respeto de los padres hacia la individualidad de sus hijos. ....	30
<i>Ilustración 7.</i> Módulo básico de Factores de protección; subcategoría Control de los padres y conocimiento de los amigos y actividades.....	31

## **Agradecimientos**

Nos gustaría expresar nuestro más sincero agradecimiento al psicólogo y docente John Pedraza, puesto que fue él quien estuvo a cargo de la supervisión de este estudio y nos proveyó de su tiempo, paciencia, conocimientos y dedicación. Agradezco a mis padres por el apoyo que me brindaron durante todo este proceso.

En estas líneas quiero agradecer infinitamente a mis padres, por su constante motivación y paciencia, a mis hermanas por sus consejos a la hora de realizar este proyecto y a mi pareja por ser mi apoyo incondicional y mi bastón en toda mi carrera profesional.

## **Resumen**

La presente investigación tuvo como objetivo describir los factores protectores y de riesgo, desde el marco de la salud mental, existentes en los estudiantes del grado once del Colegio Sierra Morena (IED), para llegar a ello se desarrolló un estudio transeccional descriptivo en el que se aplicó el módulo básico de Salud Mental y el módulo básico de factores de protección de la Encuesta Mundial de Salud en Escolares (GSHS) de la OMS a 41 estudiantes de edades comprendidas de 15 a 19 años, los cuales fueron seleccionados por medio de un muestro no probabilístico y representaron el 45,5% de la población. Para el análisis de resultados se utilizó el software de análisis de datos cuantitativos SPSS y como método se hizo uso de la estadística descriptiva. Se encontró que los factores protectores predominantes en los estudiantes son las creencias religiosas o espirituales, la conexión afectivo-emocional con sus padres, el respeto de los padres hacia su individualidad, el control de los padres sobre sus actividades así como también el conocimiento de los padres acerca de sus relaciones interpersonales; en lo referente a los factores de riesgo, se distinguieron las conductas autolesivas y la ausencia de educación emocional. En síntesis, los factores protectores que se pudieron vislumbrar fueron todos en su gran mayoría enfocados hacia la diada, padres e hijo, es decir al ámbito familiar pero sin incluir relaciones con hermanos o parientes lejanos al núcleo. Por otro lado, los factores de riesgo se concluye que los índices epidemiológicos relacionados con el suicidio arrojados en la Encuesta Nacional de Salud Mental tienen una presencia real en este contexto.

## **Palabras clave**

Encuesta Mundial de Salud en Escolares (EMSE), Factores de riesgo, Factores protectores, Salud Mental, Ciudad Bolívar.

## **Abstract**

The present research aimed to describe the protective and risk factors, from the mental health framework, existing in the eleventh grade students of the Sierra Morena School (IED), to achieve this, a descriptive transectional study was developed in which The basic module of Mental Health and the basic module of protection factors of the OMS Global School Health Survey (GSHS) were applied to 41 students aged 15 to 19 years, who were selected by means of a Non-probabilistic sample and accounted for 45.5% of the population. For the analysis of results, we used the SPSS quantitative data analysis software and as a method we made use of descriptive statistics. The predominant protective factors in students were found to be religious or spiritual beliefs, affective-emotional connection with their parents, respect of parents towards their individuality, parental control over their activities as well as knowledge of the parents about their interpersonal relationships. Relative to risk factors, self-injurious behaviors and lack of emotional education were distinguished. To sum up, the protective factors that could be glimpsed were all mostly focused on the dyad, parents and child, that is to say the family, but not including relationships with siblings or relatives far from the nucleus. On the other hand, risk factors conclude that the epidemiological indexes related to suicide in the National Mental Health Survey have a real presence in this context.

## **Key Words**

Global school-based student health survey (GSHS), Risk factors, Protective factors, Mental health, Ciudad Bolívar.



## Introducción

A lo largo de la historia de Latinoamérica, incluyendo a Colombia, el término de “Salud Mental” fue paulatinamente considerándose como elemento fundamental para el bienestar general de cada individuo integrante de la sociedad, por lo cual, se crearon varias legislaciones, como por ejemplo la política pública de salud mental del 2005 y también la ley 1616 del 2013, expedida por el Congreso de la República de Colombia, que propiciaron el control de ajuste a la actividad de los profesionales en relación a la misma, con el fin garantizar el ejercicio pleno del derecho de la Salud Mental. Con respecto a la población adolescente menciona que:

“El Ministerio de Educación Nacional en articulación con el Ministerio de Salud y Protección Social diseñarán acciones intersectoriales para que a través de los proyectos pedagógicos, fomenten en los estudiantes competencias para su desempeño como ciudadanos respetuosos de sí mismos, de los demás y de lo público, que ejerzan los derechos humanos y fomenten la convivencia escolar haciendo énfasis en la promoción de la Salud Mental”

Sin embargo, en Bogotá más específicamente en la localidad de Ciudad Bolívar, se presentan problemáticas como lo son (Se debe tomar en cuenta que los datos correspondientes, se tomó el 10% de la población): violencia intrafamiliar, donde el 65% se dieron con infantes, siendo los más afectados por la negligencia, el 17,5% fueron en jóvenes asociados con consumo de SPA, el 13% de los casos fueron en adultos y el 4.3% en la vejez ocasionando otra variable como lo es la baja autoestima Embarazos no deseados, la cual ha disminuido el promedio, pero se presenta en grandes números, en el 2008 habían 3211 adolescentes gestantes mientras que en el 2011, se reportaron 1900. Altos indicadores de suicidio, ya que en Ciudad Bolívar la tasa global es de 6,3 por 100.000 habitantes (Equipo de análisis de situación en Salud, 2011). En el sector ya mencionado, se han realizado investigaciones en torno a la salud mental, como lo es el “Análisis de situación en Salud de Ciudad Bolívar en el 2010 y del 2011” donde analizan las variables tanto de salud física, como salud mental, pero en población de adolescentes escolares no hay información insuficiente, así pues este proyecto surge de la necesidad de ampliar información en relación a la Salud Mental y los factores protectores, por medio, de la Encuesta Mundial de Salud a Escolares (GSHS), con los módulos ya mencionados.

## Capítulo I

### 1.1 Descripción del problema

En relación a lo estipulado en la Ley 1616, menciona en el artículo 4 que, “El Estado a través del Sistema General de Seguridad Social en Salud garantizará a la población colombiana, priorizando a los niños, las niñas y adolescentes, la promoción de la salud mental y prevención del trastorno mental, atención integral e integrada que incluya diagnóstico, tratamiento y rehabilitación en salud para todos los trastornos mentales.” Se ha dado la importancia a la población infantil y adolescente ya que en estas etapas del desarrollo se puede constituir la prevalencia del desarrollo de alguna afectación de naturaleza mental que perjudique alguna de sus áreas de ajuste. En la etapa de adolescencia, los factores de riesgo más comunes son las problemáticas emocionales, el suicidio, baja autoestima, depresión, embarazos no deseados, enfermedades de transmisión sexual, consumo de sustancias psicoactivas, trastornos de la conducta alimentaria, trastornos del aprendizaje (Páramo, 2011). Por el contrario, hablando de factores protectores que cumplen el papel de favorecer el desarrollo humano, pueden ser: Alta autoestima, redes de apoyo estables, proyecto de vida elaborado, locus de control interno bien establecido y otros. (Burak, 2001).

En la localidad de Ciudad Bolívar, se encuentran 130.723 individuos entre los 10 a 19 años de edad, los cuales tras algunos estudios realizados en el mismo, se presentan algunas de las siguientes problemáticas: consumo de SPA por parte de jóvenes reportando alrededor del 24% en el sector, embarazos no deseados en adolescentes que para el año 2011 se reportaban alrededor de 1900 casos, es decir aporta el 14,5% de la población capitalina, adicionalmente el abuso sexual en población adolescente se reporta en mujeres un 5,4% y en hombres 3.2%, población en situación y/o condición de desplazamiento, violencia intrafamiliar que tiene como principales víctimas a los adolescentes, en el cual se reporta que en la toma de la muestra del 10% de la población residente de la localidad un 17,4% fueron casos donde se involucraban jóvenes. Lo anterior puede suscitar al suicidio, como lo indican sus números, ya que en la localidad de cada 100.000 habitantes, se encuentran 6. 3 casos, (Equipo de análisis de situación en Salud, 2011). Estas problemáticas han perjudicado el bienestar de cada uno de ellos, y así mismo se han convertido en factores de riesgo en relación con su Salud Mental. Los estudios realizados en el

sector han contemplado a toda la población en general, por ende no se ha hecho un estudio específico en la población adolescente que pueda proveer información particular en relación a los factores de riesgo en algunos de ellos y a su vez a los factores protectores que puedan contribuir a su salud mental.

## **1.2 Formulación del problema**

¿Cuáles son los factores protectores y de riesgo, desde el marco de la salud mental, existentes en los estudiantes de grado once del Colegio Sierra Morena (IED)?

## **1.3 Justificación**

Tras la implementación de la Encuesta Nacional de Salud Mental, en su última aplicación (Ministerio de salud de la República de Colombia, Colciencias, Pontificia Universidad Javeriana & Procesos y Tecnología SAS, 2015), se revelaron algunas de las problemáticas que se presentan dentro de la población adolescente del territorio colombiano. Como lo muestra el SRQ (Cuestionario de Síntomas para Adolescentes, Jóvenes y Adultos) en el indicador de psicopatología el 12, 2% de dicha población, adicionalmente reportaban que han tenido por lo menos un síntoma depresivo, que corresponde a un 80%, de 1 a 3 adolescentes. Por otra parte, el 9,3% reporta alguna conducta de riesgo.

Cifras que evidencian la prevalencia de factores de riesgo en los colombianos que se encuentran en una edad de escolaridad media, al igual que muestran la afectación directa que está sufriendo la salud mental de los mismos y la limitada existencia de factores protectores en sus contextos particulares.

En el campo de la salud, hablar de factores protectores, es hablar de características detectables en un individuo, familia, grupo o comunidad que favorecen el desarrollo humano, el mantenimiento o la recuperación de la salud; y que pueden contrarrestar los posibles efectos de los factores de riesgo, de las conductas de riesgo y, por lo tanto, reducir la vulnerabilidad, ya sea general o específica. (Ángeles, 2011, p.87)

Por ende, la presencia de factores protectores, de forma integral en el ser humano, equivale a la existencia de salud mental. Ya el nivel o grado de la misma se verá definido por la calidad y cantidad de los susodichos, y su relación con los factores de riesgo.

En consecuencia, si se desea lograr una intervención exitosa en el campo de la salud mental de cualquier población o colectivo se hace necesario, primeramente, distinguir dichos factores (tanto protectores como de riesgo) para luego identificar sus posibilidades de interacción y así fomentar la generación de estrategias de cambio, como también la creación de nuevos patrones de vida (MINSALUD et al, 2015).

Desde ese panorama, la investigación aquí planteada contribuirá al desarrollo de un diagnóstico que permita vislumbrar el estado actual de la salud mental de una muestra poblacional adolescente —que actualmente se encuentran cursando grado 11— consiguiendo esa distinción e identificación de los factores de riesgo, de los factores protectores que se encuentran presentes en su contexto diario. Asimismo, los resultados del estudio promulgarán un autoconocimiento dentro de la institución que posibilitará el desarrollo de técnicas, métodos y metodologías de intervención que promuevan la promoción de la salud mental y la prevención de conductas de riesgo; por otra parte, estos resultados podrán ser usados como punto de referencia para realizar comparaciones y contrastes con futuras aplicaciones que se hagan de encuestas de Salud Mental a escolares colombianos.

Cabe mencionar que este proyecto está fundamentado en la pedagogía praxeológica -siendo ésta el modelo educativo universitario de la Corporación Universitaria Minuto de Dios-, la cual plantea las competencias profesionales como uno de los campos de formación del estudiante, que se obtiene a lo largo de un proceso cognitivo e investigativo que vincula la teoría y la práctica, y pretende la transformación de las personas, sus conocimientos, habilidades y destrezas generando, ante todo, la actitud permanente de "aprender a aprender" y el hábito reflexivo, crítico e investigativo en un contexto de interdisciplinariedad y de aplicación del conocimiento para interpretar y transformar la sociedad. (Uniminuto, 2016)

Finalmente, para ultimar la esencia general del mismo, es oportuno mencionar un fragmento de la definición de la Profesión de Psicología dictaminada por La ley Numero 1090 de 2006 (Septiembre 06), Título 1, Artículo 1°.

La psicología con base en la investigación científica fundamenta sus conocimientos y los aplica en forma válida, ética y responsable en favor de los individuos, los grupos y las organizaciones, en los distintos ámbitos de la vida individual social, al aporte de conocimientos, técnicas y procedimientos para crear condiciones que contribuyan al bienestar de los individuos y al desarrollo de la comunidad, de los grupos \ las organizaciones para una mejor calidad de vida.

## **1.4 Objetivos**

### **1.4.1 Objetivo general.**

Describir los factores protectores y de riesgo, desde el marco de la salud mental, existentes en los estudiantes de grado once del Colegio Sierra Morena (IED).

### **1.4.2 Objetivos específicos.**

1. Examinar los factores protectores y de riesgo, desde el marco de la salud mental, existentes en los estudiantes de grado once del Colegio Sierra Morena (IED).
2. Distinguir los factores de riesgo de los factores protectores, desde el marco de la salud mental, existentes en los estudiantes de grado once del Colegio Sierra Morena (IED).
3. Determinar los factores protectores y de riesgo, desde el marco de la salud mental, existentes en los estudiantes de grado once del Colegio Sierra Morena (IED).

## **1.5 Marco referencial**

A lo largo de la historia de Latinoamérica, el término de “Salud Mental” fue paulatinamente considerándose como elemento fundamental para el bienestar general de cada individuo integrante de la sociedad, sin embargo las problemáticas que se han observado en la población adolescente en diferentes países latinoamericanos, como lo es el consumo de sustancias psicoactivas, conducta criminal, embarazos no deseados, indicadores de suicidio, limitaciones de orden familiar, entre otras variables que pueden arraigar al trastorno mental, han generado que en los mismos se evalué estos factores de riesgo y que a su vez se determinen los factores

protectores como lo son sus redes de apoyo para así generar nuevas estrategias en relación a la problemática (Páramo, 2011).

En Chile, se desarrollaron programas preventivos y de promoción en Salud Mental como lo es HpV (Programa Habilidades para la vida), los cuales tenían como fin erradicar la posibilidad de aparición de trastornos mentales que comienzan en la primera infancia y la adolescencia. (de la Barra, 2011; Kessler, Berglund, Demler, Jin, Merikangas & Walters 2005; O'Connell, Boat, & Warner, 2009; Wille, Bettge, & Ravens-Sieberer, 2008), adicionalmente se tomó importancia en el diseño de políticas públicas no solo gubernamentales sino que se establecieron dentro del contexto escolar de la población ya mencionada. (Leiva, George, Squicciarini, Simonsohn & Guzmán, 2015).

Por otro lado, en Puerto Rico se constituye la depresión como uno de los problemas de salud mental más serios y frecuentes entre niños/as y adolescentes (Rosselló & Maysonet, 2002), en el estudio realizado encontraron una tasa de depresión severa de 18% y leve de 28%. Por su parte, reportaron también que el 20% de los participantes manifestó síntomas de depresión grave y el 40% presentó sintomatología de depresión leve o moderada (Bernal, Rosselló & Martínez, 1997), estas prevalencias son alarmantes ya que la depresión es un factor de riesgo que puede conllevar a comportamientos suicidas entre los adolescentes puertorriqueños (Rodríguez-Figueroa, 2008; Rosselló & Berríos Hernández, 2004). En este país, el suicidio formó parte de una de las mayores causas de muerte en la población de jóvenes entre las edades de 15 a 19 años, con una tasa de mortalidad de 2.4 suicidios por cada 100.000 habitantes, (Moscoso, Rodríguez, Reyes & Colón, 2016),

Los datos arrojados de la Encuesta sobre el comportamiento de riesgo en los jóvenes (YRBS), indican que en el 2013, el 14.3 de los adolescentes en Puerto Rico confirmaron haber considerado seriamente la acción consumada del suicidio, lo que representa un aumento en el número de casos al compararlo con el 2011 que fue 13.1% (CDC, 2013), dando como consecuencia la toma de medidas como lo es la aplicación de la "Consulta Juvenil VIII" que es una encuesta nacional que se implementa desde 1990, para identificar las causas de estos indicadores de suicidio, o los factores de riesgo que están relacionados. Esta encuesta se implementa con escolares de nivel intermedio como lo son 7° y 9° como grados avanzados 10° a

12° (Moscoso, Rodríguez, Reyes & Colón, 2016) y a su vez los factores protectores como lo es el entorno familiar.

En México, desde 1970 hasta la fecha actual se ha reportado un 27,5% de casos de suicidio que va en incremento hasta el 2007 (Lino, 2015), principalmente en los rangos de edades entre los 15 a los 29 años. También en estudios posteriores tomados del Sistema Nacional de Información en Salud y las proyecciones de población del Consejo Nacional de Población entre el año 1998 al 2011, Lino (2015), menciona que en la población entre las edades de 5 a 19 años el suicidio significó un 7% de las muertes por causa de lesiones externas. Los resultados recientes de las encuestas realizadas en la población por la OMS, reveló que la ideación suicida incremento hasta seis más en relación a las variables contextuales. En este apartado los diversos autores mencionados hacen énfasis en realizar una evaluación en referencia a la Salud Mental desde temprana edad para así poder identificar los factores que estén relacionados a los indicadores de suicidio, como lo es el NSSI (Lesión no suicida en los adolescentes) que se ha ido aplicando y que ha arrojado resultados como es la aparición de un NSSI en un niño puede ser un precipitante para consumir el suicidio.

En Colombia, tras la implementación de la encuesta nacional de salud mental, en su última aplicación (MINSALUD et al, 2015) se revelaron algunas de las problemáticas presentes dentro de la población adolescente del territorio, como lo muestra el apartado “Problemas” del diagrama que se expone en ella. El SRQ muestra un indicador de psicopatología del 12, 2% en ellos, adicionalmente reportaban que han tenido por lo menos un síntoma depresivo, que corresponde a un 80% de 1 a 3 de los mismos, conducta de riesgo alimentario en un 9,3%, consumo de alcohol en exceso 5,2% y abuso 2,8% y eventos traumáticos del 29, 3%. Por otra parte, el 9,3% de los adolescentes reporta alguna conducta de riesgo, similar al reporte del adulto joven (9,1%). Así mismo, el instituto Nacional de Medicina Legal reportó que el suicidio fue la cuarta forma de violencia hasta el 2013, donde la tasa de mortalidad ponderó en 3.8% de cada 100.000 habitantes, 1.4% de diferencia con Puerto Rico. Ahora bien, según la OMS (2014), el suicidio es la segunda causa de muerte en los rangos de edades de 15 a 17 años en el contexto colombiano donde se le da una relación positiva entre la ideación suicida y la sintomatología depresiva. Por otro lado, los indicadores de prevalencia de conductas suicidas, más exactamente

con intento de suicidio reportan un 2.5% de la población adolescente en Colombia. (MINSALUD et al, 2015).

Con respecto a la aplicación de la Encuesta Mundial de Salud en Escolares (ESMA) en el territorio colombiano se aplicó en diferentes ciudades como lo es Bucaramanga, Manizales, Cali, Valledupar y Bogotá, tanto en colegios oficiales y privados en el año 2007.

En Bogotá, se realizó en estudiantes de 7°, 8°, 9° y 10° grado. En la primera fase de la aplicación, se seleccionaron los colegios de acuerdo a la probabilidad proporcional al tamaño de la matrícula. En la segunda fase, las clases que tomaban los participantes fueron escogidas de manera aleatoria y todos los estudiantes en las clases seleccionadas fueron elegibles para aplicar. Así mismo, la tasa de respuesta de los participantes fue de un 90%, y tasa de respuesta global fue del 83%, un total de 1.737 estudiantes participantes en la ciudad capitalina. Sin embargo, a pesar de la gran masa de estudiantes, en la encuesta no se especifica las localidades donde se implementó o también las instituciones donde se realizó.

## **1.6 Marco teórico**

### **1.6.1 Salud mental.**

De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud –OMS– (2013), la salud mental se define como “un estado de bienestar en el que un individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones de la vida cotidiana, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad. Adicionalmente la salud mental se caracteriza por tener una dimensión positiva, la cual se destaca en la definición de salud que se expone en la Constitución de la OMS (2006): no solamente es la ausencia de afecciones o enfermedades, sino también un estado de completo bienestar físico, mental y social”.

Complementariamente, la Ley 1616 (2013), entiende la salud mental como “un estado dinámico que se expresa en la vida cotidiana a través del comportamiento y la interacción de manera tal que permite a los sujetos individuales y colectivos desplegar sus recursos emocionales, cognitivos y mentales para transitar por la vida cotidiana, para trabajar, para establecer relaciones significativas y para contribuir a la comunidad”. En síntesis la primera



definición plantea un panorama amplio de salud mental con un punto único que no plantea la segunda: la dimensión positiva. Así mismo la segunda definición no contradice la primera, sino que por el contrario la válida y la complementa al hacer énfasis en los recursos de los que hace uso el individuo para poder interactuar de forma eficiente con su entorno y con los demás. Por lo que el entendimiento fusionado de ambas definiciones es la opción más completa para entender la salud mental de manera integral.

### **1.6.2 Salud mental en adolescentes.**

Muchos problemas de salud mental tienden a aparecer al final de la infancia o al comienzo de la adolescencia, ya que como se muestran en los registros epidemiológicos de la OMS (2012) y del Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia –UNICEF– (2011), alrededor de la mitad de los trastornos mentales de una vida comienzan antes de los 14 años de edad y el 70% antes de los 24. Se calcula que el 20% de los adolescentes de todo el mundo tiene problemas mentales o de comportamiento. La depresión es el trastorno que más contribuye a la carga mundial de morbilidad entre los jóvenes de 15 a 19 años de edad, y el suicidio es una de las tres causas principales de mortalidad entre las personas de 15 a 35 años. En conjunto, unos 71.000 adolescentes cometen suicidio anualmente y una cifra 40 veces superior lo intenta.

Junto con ello, la OMS (2017) afirma: el padecimiento de trastornos de salud mental, que puede tener efectos importantes en la salud general y el desarrollo del adolescente, tiende a ir asociado a diversos problemas sanitarios y sociales, como un consumo más elevado de alcohol, tabaco y sustancias ilícitas, el embarazo adolescente, el abandono escolar y la asunción de conductas delictivas.

La frecuencia de trastornos mentales entre los adolescentes ha aumentado en los últimos 20 y 30 años, lo cual ha sido atribuido al surgimiento de un sin número de factores de riesgo, cuya relación con la salud mental están suficientemente demostrada (UNICEF, 2011).

### **1.6.3 Factores de riesgo en adolescentes.**

Torres, Zapata, Montoya, Garro & Hurtado (2009) definen los factores de riesgo como determinadas circunstancias, características y atributos que afectan de manera negativa el logro

de la salud y en el caso de los adolescentes su calidad de vida, desarrollo y bienestar social. En palabras de Blasco (2012) es aquella influencia que aumenta la probabilidad de desarrollar una condición problemática, empeorarla o mantenerla

En cuanto a la etapa de la adolescencia, Kazdin (citado por Peña & Graña; 2006) & Páramo (2011) plantean que se da un incremento en el número de actividades consideradas como comportamientos problemáticos o de riesgo; como por ejemplo el uso ilícito de sustancias, ausentismo escolar, suspensiones, robos, vandalismo y sexo (precoz y sin protección). Estos factores tendrían un origen tanto interno como externo, y estarían implicados en ellos aspectos personales, familiares y sociales; además cabe señalar que las problemáticas adolescentes se reflejan en diferentes culturas y estratos sociales, sin diferenciación, y siguen siendo causa de preocupación actual en todos los ámbitos en el que están implicados los adolescentes.

Por otra parte, Durak (citado por Barrón, 2005; Páramo, 2011), señala que existen dos tipos de factores de riesgo: de amplio espectro y los que son específicos para un daño. Los factores de riesgo específicos para un daño pueden conducir a un daño inmediato (como por ejemplo, portar un arma blanca; en la moto, no usar casco protector; ejecutar conducta autolesivas); mientras que los factores de riesgo de amplio espectro conducen a daños a largo plazo (tales como familia con pobres vínculos entre sus miembros; violencia intrafamiliar; baja autoestima; pertenecer a un grupo con conductas de riesgo; deserción escolar; proyecto de vida débil; locus de control externo; bajo nivel de resiliencia).

#### **1.6.4 Factores protectores en adolescentes.**

Tal como expone Páramo (2011), en el campo de la salud, hablar de factores protectores, es hablar de características detectables en un individuo, familia, grupo o comunidad que favorecen el desarrollo humano, el mantenimiento o la recuperación de la salud; y que pueden contrarrestar los posibles efectos de los factores de riesgo, de las conductas de riesgo y, por lo tanto, reducir la vulnerabilidad, ya sea general o específica. (p.87)

Burak (citado por Páramo, 2011; Páramo, 2008), al igual que con los factores de riesgo, establece dos tipos de factores protectores: de amplio espectro, o sea, indican mayor probabilidad de conductas protectoras que favorecen el no acontecer de daños o riesgos; y

factores protectores específicos a ciertas conductas de riesgo. Dentro de los factores de amplio espectro, nombra: familia contenedora, con buena comunicación interpersonal; alta autoestima; proyecto de vida elaborado, fuertemente internalizado; locus de control interno bien establecido; sentido de la vida elaborado; permanecer en el sistema educativo formal, creencias espirituales que sustenten una moral personal y un alto nivel de resiliencia. Como factores protectores específicos, encontramos: el uso de cinturón de seguridad (que reduce o evita accidentes automovilísticos); no tener relaciones sexuales, o tenerlas con uso de preservativo (que reduce o evita el embarazo, ETS, Sida); y no fumar (reduce o evita el cáncer de pulmón y enfisema). (p. 87).

Por ende la OMS (2017), arguye que los factores protectores de amplio espectro surgen del mejoramiento y la potencialización de las habilidades sociales, la capacidad de resolución de problemas y la autoconfianza que, por norma, deben darse en la adolescencia.

### **1.7 Marco normativo**

De igual forma, el proyecto se fundamenta con el Artículo 10 del reglamento estudiantil de la misma Corporación (Acuerdo 215), el cual cita los deberes de los estudiantes, siendo el “i” de ellos: Realizar personalmente las evaluaciones, investigaciones, trabajos y prácticas que le correspondan haciendo uso de sus conocimientos, su esfuerzo personal, creatividad y autoría propia.

Es oportuno citar un fragmento de la definición de la Profesión de Psicología dictaminada por La ley Numero 1090 de 2006 (Septiembre 06), Título 1, Artículo 1°.

La psicología con base en la investigación científica fundamente sus conocimientos y los aplica en forma válida, ética y responsable en favor de los individuos, los grupos y las organizaciones, en los distintos ámbitos de la vida individual social, al aporte de conocimientos, técnicas y procedimientos para crear condiciones que contribuyan al bienestar de los individuos y al desarrollo de la comunidad, de los grupos \ las organizaciones para una mejor calidad de vida.

De igual forma, en la Ley 1286 de 2009. Artículo 2 sub-numeral 1 se establece la investigación científica como parte fundamental de la cultura.

La Ley 1286 de 2009. Artículo 2 sub-numeral 1, artículo 3 sub-numeral 6, menciona a los investigadores científicos como el producto de una educación superior de calidad.

## **1.8 Diseño metodológico**

### **1.8.1 Cuantitativo.**

La presente investigación se desarrolla en el marco de la investigación cuantitativa, la cual Hernández, Fernández & Bautista (2014) definen como:

Secuencial y probatorio. Cada etapa precede a la siguiente y no podemos “brincar” o eludir pasos. El orden es riguroso, aunque desde luego, podemos redefinir alguna fase. Parte de una idea que va acotándose y, una vez delimitada, se derivan objetivos y preguntas de investigación, se revisa la literatura y se construye un marco o una perspectiva teórica. De las preguntas se establecen hipótesis y determinan variables; se traza un plan para probarlas (diseño); se miden las variables en un determinado contexto; se analizan las mediciones obtenidas utilizando métodos estadísticos, y se extrae una serie de conclusiones. (p. 4-5)

Cabe añadir que, siguiendo a los mismos autores (2014), este diseño se vale de la lógica o razonamiento deductivo, que comienza con la teoría, y de ésta se derivan expresiones lógicas denominadas “hipótesis” que el investigador somete a prueba. Además entre sus características más importantes se hallan las siguientes:

1. La recolección de los datos se fundamenta en la medición (se miden las variables o conceptos contenidos en las hipótesis). Esta recolección se lleva a cabo al utilizar procedimientos estandarizados y aceptados por una comunidad científica.
2. Debido a que los datos son producto de mediciones, se representan mediante números (cantidades) y se deben analizar con métodos estadísticos.
3. En una investigación cuantitativa se intenta generalizar los resultados encontrados en un grupo o segmento (muestra) a una colectividad mayor (universo o población). También se busca que los estudios efectuados puedan replicarse. (p. 5-6)

## **1.9 Línea de investigación**

La línea de investigación implementada en el proyecto correspondiente es Ciudadanía y Sociedad. Esta línea de investigación se toma como un espacio de discusión, indagación e investigación básica y aplicada, que contribuye a la generación de conocimiento teórico y

práctico del comportamiento, o más bien de la acción, y la cognición humana dentro de contextos sociales, en este caso el Colegio Sierra Morena IED, ubicado en la localidad de Ciudad Bolívar.

Además en ella se aborda problemáticas relacionadas a los diferentes niveles de organización humana, desde la familia, como la forma más primitiva, hasta el Estado, como la forma más compleja de asociación política, incluyendo todo modo de asociación intermedia entre ambos. Desde esta perspectiva, se interesa por los diversos roles e identidades que puede asumir el individuo dentro de su comunidad, por las relaciones que establece con otros individuos y con las instituciones que, en conjunto, conforman su entorno.

En este caso lo que se pretende abordar son los factores protectores y de riesgo por los cuales se ve determinado un sujeto dentro de su contexto social. Esto por medio de los objetivos previamente expuestos.

### **1.10 Transeccional descriptivo**

El tipo de esta investigación es descriptivo puesto que tal como afirman Hernández (et al., 2014):

*"Una investigación de este alcance busca especificar las propiedades, las características y los perfiles de personas, grupos, comunidades, procesos, objetos o cualquier otro fenómeno que se someta a un análisis. Es decir, únicamente se pretende medir o recoger información de manera independiente o conjunta sobre los conceptos o las variables a las que se refieren, esto es, su objetivo no es indicar cómo se relacionan éstas. Por ende, el investigador debe ser capaz de definir, o al menos visualizar, qué se medirá (qué conceptos, variables, componentes, etc.) y sobre qué o quiénes se recolectarán los datos (personas, grupos, comunidades, objetos, animales, hechos, etc.). (p. 92)"*

Junto con ello, pertenece a la categoría no experimental del subtipo transeccional o transversal, ya que se recolectan datos en un solo momento y su propósito es describir variables y analizar su incidencia en un tiempo único (Hernández et al., 2014).

## 1.11 Instrumentos

Encuesta Mundial de Salud a Escolares (GSHS): “Es la vigilancia del proyecto de colaboración diseñado para ayudar a los países a medir y evaluar el comportamiento de los factores de riesgo y factores protectores en 10 áreas clave entre los jóvenes de 13 años a 17.” (OMS, 2017). El GSHS utiliza una muestra científica normalizada proceso de selección; escuela común basada en la metodología y el cuestionario de módulos básicos, preguntas de los módulos básicos ampliadas, y las preguntas específicas de cada país que se combinan para formar un cuestionario auto-administrado que pueden ser administrados durante un período ordinario de clase. Los módulos principales de la encuesta son los siguientes: el consumo de alcohol, conductas alimentaria, el consumo de sustancias psicoactivas, higiene, salud mental, actividad física, factores protectores, conductas sexuales, el consumo de tabaco y lesiones no intencionales y violencia (OMS, 2017).

En el módulo de Consumo de alcohol mide: consumo de alcohol actual, la cantidad de alcohol consumido, cómo los alumnos consiguen el alcohol que beben, episodios de seria embriaguez y problemas asociados con el consumo de alcohol. En el módulo de comportamientos alimentarios mide la relación entre peso y estatura, la frecuencia del hambre y el consumo de frutas y verduras. En el de consumo de sustancias psicoactivas mide: consumo de drogas durante su vida, edad de primer consumo, el consumo de drogas actual y cómo los alumnos consiguen las drogas que consumen. Por otro lado, el módulo de higiene mide la frecuencia de: lavarse los dientes, lavarse las manos y lavarse las manos con jabón.

En lo correspondiente al módulo de Salud Mental mide: el sentimiento de soledad, la pérdida de sueño debido a preocupaciones la tristeza y desesperanza y por último, pensar en el suicidio o intentarlo. En el módulo de actividad física mide: actividad física que realiza el individuo, participación en comportamiento sedentario en el tiempo libre y viajar hasta la escuela. En el de factores de protección, las preguntas miden: asistencia escolar, observación del apoyo social en la escuela, regulación y control paterno y vínculo paterno-filial. En el módulo de comportamientos sexuales que contribuyen a la infección del VIH, de otras ETS y embarazos no deseados, miden la prevalencia de: relaciones sexuales actuales y anteriores, edad de la primera relación sexual, número de compañeros sexuales y utilización del condón. En el de consumo de

tabaco miden: consumo actual de cigarrillo, edad de comenzar a fumar cigarrillos, consumo actual de otros productos de tabaco, intentos de dejar de fumar cigarrillo, posibilidades de ser fumador pasivo, consumo de tabaco de padres/tutores (p.ej. modelos de conducta). Finalmente, en el módulo de violencia y lesiones no intencionales mide: la frecuencia con la que los alumnos sufren ataques físicos, la frecuencia con la que participan en peleas físicas, las circunstancias en las que se producen las lesiones más serias y la naturaleza del abuso. (OMS, 2009).

## **1.12 Población y muestra**

### **1.12.1 Población.**

90 Estudiantes hombres y mujeres de 11° del Colegio Sierra Morena (IED), sede A, ubicado en la localidad de Ciudad Bolívar, que comprenden las edades de 14-17 años de edad.

### **1.12.2 Muestra.**

Se toma el 45,5% de la población, es decir 41 estudiantes los cuales fueron los que asistieron el día de la aplicación y que además entregaron el consentimiento informado debidamente diligenciado, hombres y mujeres de 11-2 y 11-3 del Colegio Sierra Morena (IED), sede A, ubicado en la localidad de Ciudad Bolívar, que comprenden las edades de 14-17 años de edad. Dicha muestra se selecciona mediante un muestreo no probalístico, puesto que fue meramente orientado por las carecterísticas de la investigación, más que por un criterio estadístico de generalización (Hernández et al., 2014).

## **Capítulo II**

### **2.1 Propuesta**

Debido a los resultados obtenidos gracias a la subcategoría “conocimientos, actitudes y fuentes de información” del módulo básico de salud mental, se considera pertinente que el Colegio Sierra Morena IED diseñe y desarrolle talleres vivenciales en torno a la educación emocional, en los que se traten ejes temáticos como el control de la ira, reconocimientos de

signos de depresión, desarrollo de habilidades para identificar comportamientos suicidas y manejo de estrés de forma saludable.

A parte de lo anterior, sería conveniente que se realizaran capacitaciones sobre primeros auxilios psicológicos. En este punto, es importante decir, que no sólo deberían centrarse en el grado once (la población de este estudio) sino también abarcar a los demás grados, inclusive a los estudiantes de primaria, puesto que una crisis no sólo se presenta en adolescentes sino que igual es recurrente en la niñez.

Finalmente, para fortalecer y potencializar aquellos factores protectores que ya existen en el interior de las familias de los alumnos, se propone que los padres participen también en dichos talleres y capacitaciones, pero que además se genere un programa de escuela de padres, en donde se trabajen temas tales como estilos y pautas de crianza.

## **2.2 Resultados esperados**

Al culminar este proyecto de investigación se pretende describir con exactitud los factores de riesgo en los que están inmersos los estudiantes de grado once del Colegio Sierra Morena IED. Así como también aquellos factores protectores que evitan en ellos el desarrollo de problemáticas de cualquier índole. Con esto, se podrá vislumbrar el panorama existente en torno a la salud mental en dicha población, en otras palabras, se entreverán los índices de ausencia de trastornos, y junto con ello, será posible reconocer el estado de bienestar integral presente en su diario vivir y su funcionalidad como miembros de su comunidad.

## **2.3 Análisis e interpretación de resultados**

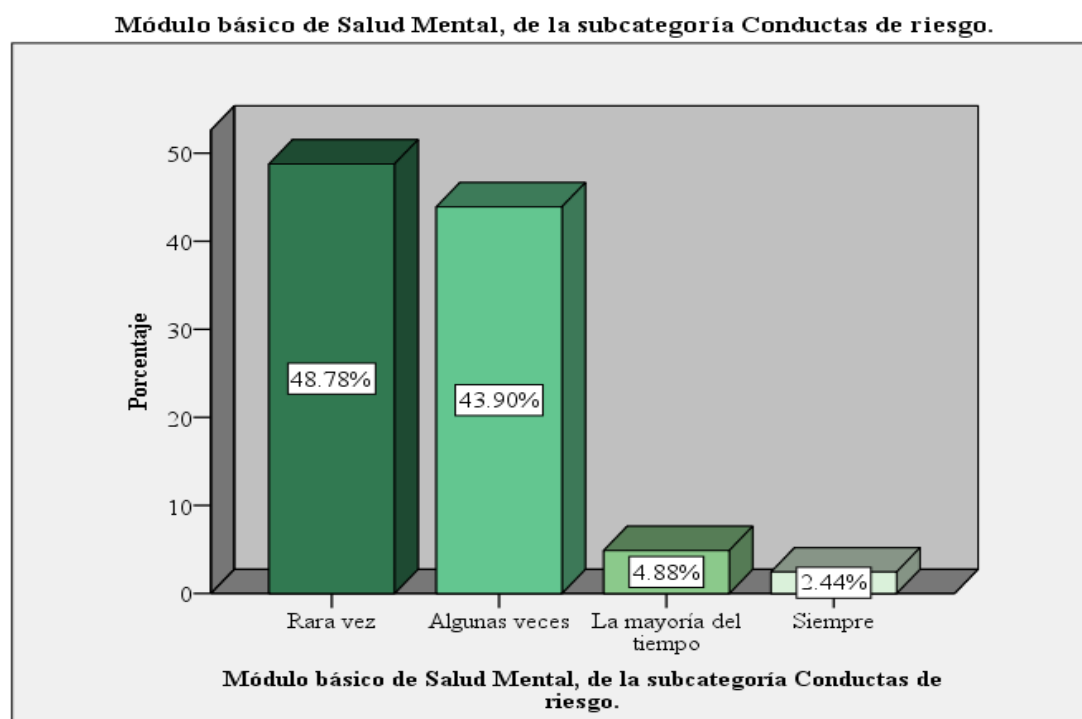
Como método de análisis de resultados se utilizó la estadística descriptiva para cada una de las siete variables que constituyen los dos respectivos módulos de la Encuesta mundial de salud a escolares de la OMS.2.3.1 Modulo básico de Salud Mental.

El módulo de Salud Mental se compone por dos subcategorías: Salud Mental y conocimientos, actitudes, habilidades y fuentes de información, con respecto a lo anterior los resultados fueron:



Tabla 1. *Tabla de frecuencia de GSHS del Módulo básico de Salud Mental, de la subcategoría Conductas de riesgo.*

	Respuestas	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje valido	Porcentaje acumulado
Válido	Rara vez	20	48.8	48.8	48.8
	Algunas veces	18	43.9	43.9	92.7
	La mayoría del tiempo	2	4.9	4.9	97.6
	Siempre	1	2.4	2.4	100
	Total	41	100	100	



*Ilustración 1.* Módulo básico de Salud Mental; subcategoría Conductas de riesgo

En los ítems 1 al 3 del módulo básico de Salud Mental, cerca del 48,80 de la muestra reportó que rara vez había consumido bebidas alcohólicas y/o sustancias psicoactivas, rara vez había presentado pérdida del apetito y rara vez había tenido problemas de concentración a lo largo de los últimos 12 meses anteriores a la aplicación de los módulos (ver Tabla 1 y Figura 1).

Tabla 2. *Tabla de frecuencia de GSHS del Módulo básico de Salud Mental, del ítem 4.*

	Respuestas	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje valido	Porcentaje acumulado
Válido	No he intentado quitarme la vida durante los últimos 12 meses	28	68.3	70	70
	Sí	1	2.4	2.5	72.5
	No	11	26.8	27.5	100
	Total	40	97.6	100	
Perdido	Sistema	1	2.4		
Total		41	100		

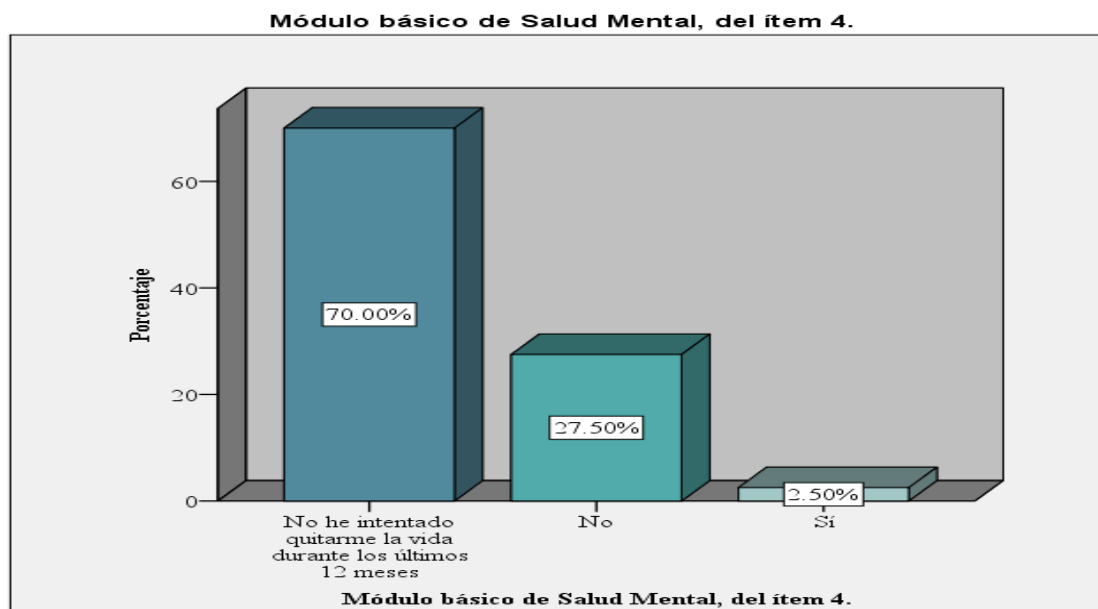


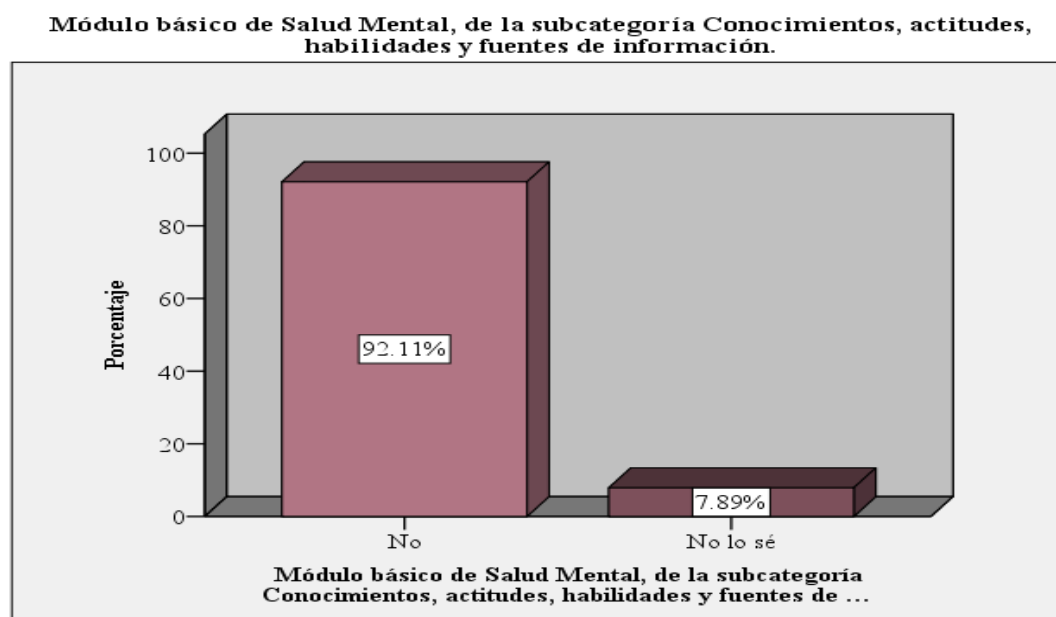
Ilustración 2. Módulo básico de Salud Mental; ítem 4.

En el ítem 4 del módulo básico de Salud Mental, cerca del 70% de la muestra reportó que no había intentado quitarse la vida durante los últimos 12 meses anteriores a la aplicación de los

módulos. No obstante, el 27.5% de la misma afirmó que durante esos 12 meses no tuvieron que ser tratados a causa de conductas autolesivas (ver Tabla 2 y Figura 2).

Tabla 3. *Tabla de frecuencia de GSHS del Módulo básico de Salud Mental, de la subcategoría Conocimientos, actitudes, habilidades y fuentes de información.*

	Respuestas	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje valido	Porcentaje acumulado
Válido	No	35	85.4	92.1	92.1
	No lo sé	3	7.3	7.9	100
	Total	38	92.7	100	
Perdido	Sistema	3	7.3		
Total		41	100		



*Ilustración 3.* Módulo básico de Salud Mental; subcategoría Conocimientos, actitudes, habilidades y fuentes de información.

En los ítems 5 al 8 del módulo básico de Salud mental, el 92.1% de la muestra reportó no haber recibido algún tipo de enseñanza relacionada con el control de la ira, signos de depresión,

comportamientos suicidas, protocolo de atención a comportamientos suicidas y control de estrés (ver Tabla 3 y Figura 3).

### 2.3.2 Módulo básico de Factores de protección.

En el módulo básico de Factores de protección se encuentran tres categorías: Conexión con los padres, falta de respeto de los padres hacia la individualidad de sus hijos y por último, control de los padres y conocimiento de los amigos y actividades.

Tabla 4. *Tabla de frecuencia de GSHS del Módulo básico de Factores de protección, del ítem 1.*

Respuestas	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje valido	Porcentaje acumulado
Válido	Sí	29	70.7	70.7
	No	12	29.3	100
	Total	41	100	100

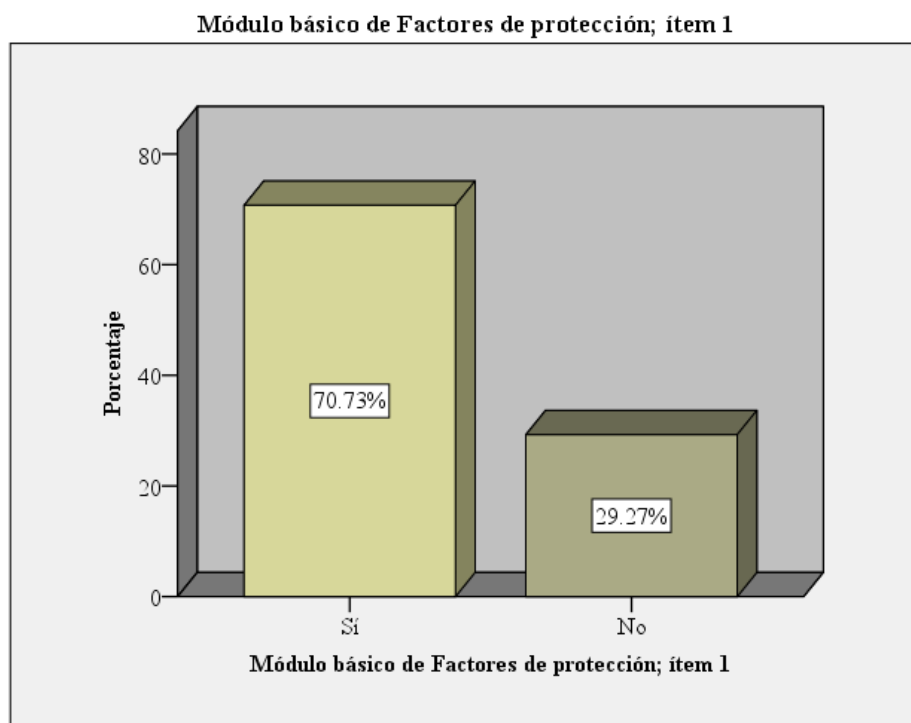


Ilustración 4. Módulo básico de Factores de protección; ítem 1.

En el ítem 1 del módulo básico de Factores de protección, el 70, 73 % de la muestra se considera personas religiosas y/o espirituales (ver Tabla 4 y Figura 4).

Tabla 5. *Tabla de frecuencia de GSHS del Módulo básico de Factores de protección, de la subcategoría Conexión con los padres.*

	Respuestas	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje valido	Porcentaje acumulado
Válido	Rara vez	1	2.4	2.6	2.6
	Algunas veces	6	14.6	15.8	18.4
	La mayoría del tiempo	22	53.7	57.9	76.3
	Siempre	9	22	23.7	100
	Total	38	92.7	100	
Perdido	Sistema	3	7.3		
Total		41	100		

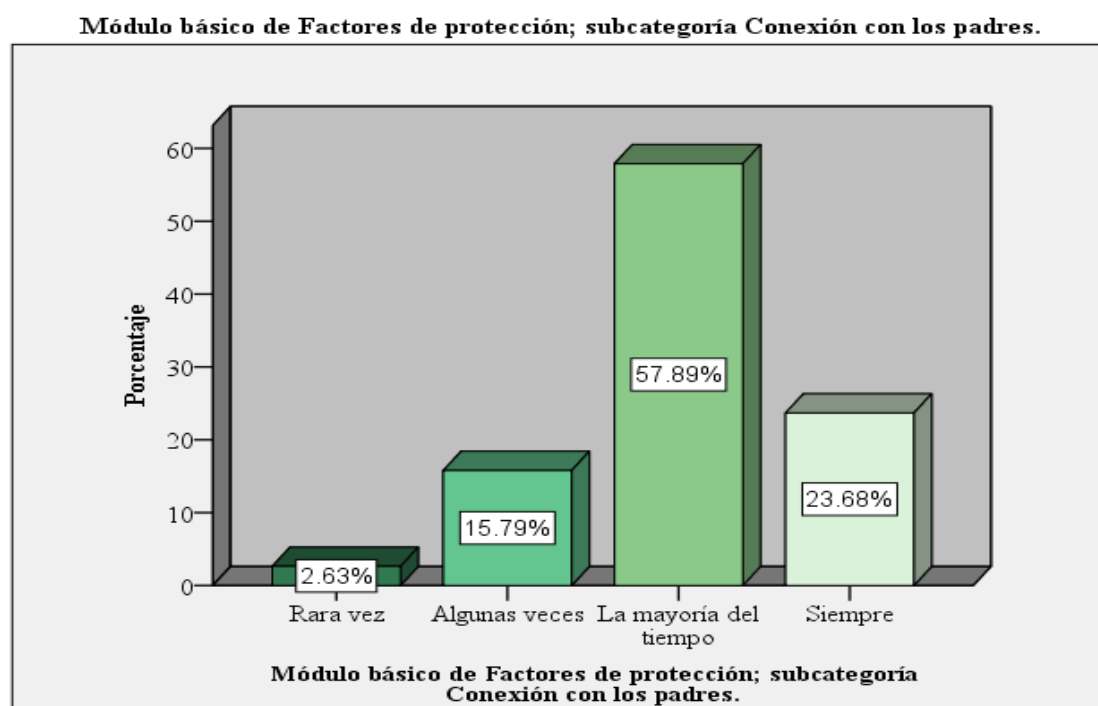


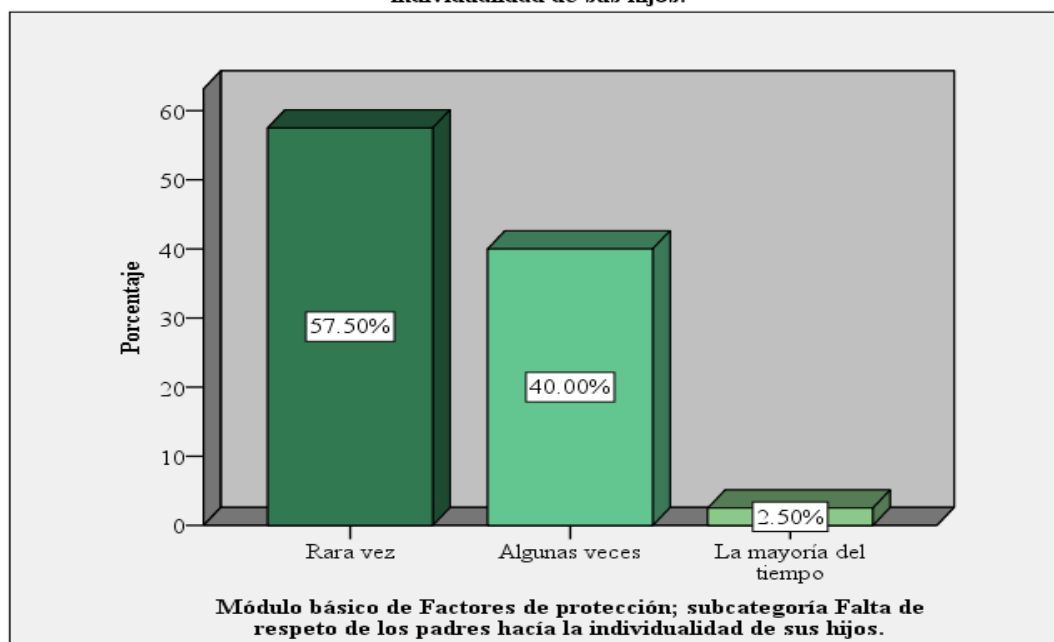
Ilustración 5. Módulo básico de Factores de protección; subcategoría Conexión con los padres.

En los ítems 2 al 14 del módulo básico de Factores de protección, el 57,9% de la muestra reportó que la mayoría del tiempo tuvo conexión con sus padres durante los últimos 30 días anteriores a la aplicación de los módulos (ver Tabla 5 y Figura 5).

Tabla 6. *Tabla de frecuencia de GSHS del Módulo básico de Factores de protección, de la subcategoría Falta de respeto de los padres hacia la individualidad de sus hijos.*

	Respuestas	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje valido	Porcentaje acumulado
Válido	Rara vez	23	56.1	57.5	57.5
	Algunas veces	16	39	40	97.5
	La mayoría del tiempo	1	2.4	2.5	100
	Total	40	97.6	100	
Perdido	Sistema	1	2.4		
Total		41	100		

**Módulo básico de Factores de protección; subcategoría Falta de respeto de los padres hacia la individualidad de sus hijos.**



*Ilustración 6.* Módulo básico de Factores de protección; subcategoría Falta de respeto de los padres hacia la individualidad de sus hijos.

En los ítems 15 al 21 del módulo básico de Factores de protección, el 57.5% de la muestra reportó que rara vez sus padres le había faltado al respeto durante los últimos 30 días anteriores a la aplicación de los módulos (ver Tabla 6 y Figura 6).

Tabla 7. Tabla de frecuencia de GSHS del Módulo básico de Factores de protección, de la subcategoría Control de los padres y conocimiento de los amigos y actividades.

	Respuestas	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje valido	Porcentaje acumulado
Válido	Rara vez	1	2.4	2.6	2.6
	Algunas veces	10	24.4	25.6	28.2
	La mayoría del tiempo	15	36.6	38.5	66.7
	Siempre	13	31.7	33.3	100
	Total	39	95.1	100	
Perdido	Sistema	2	4.9		
Total		41	100		

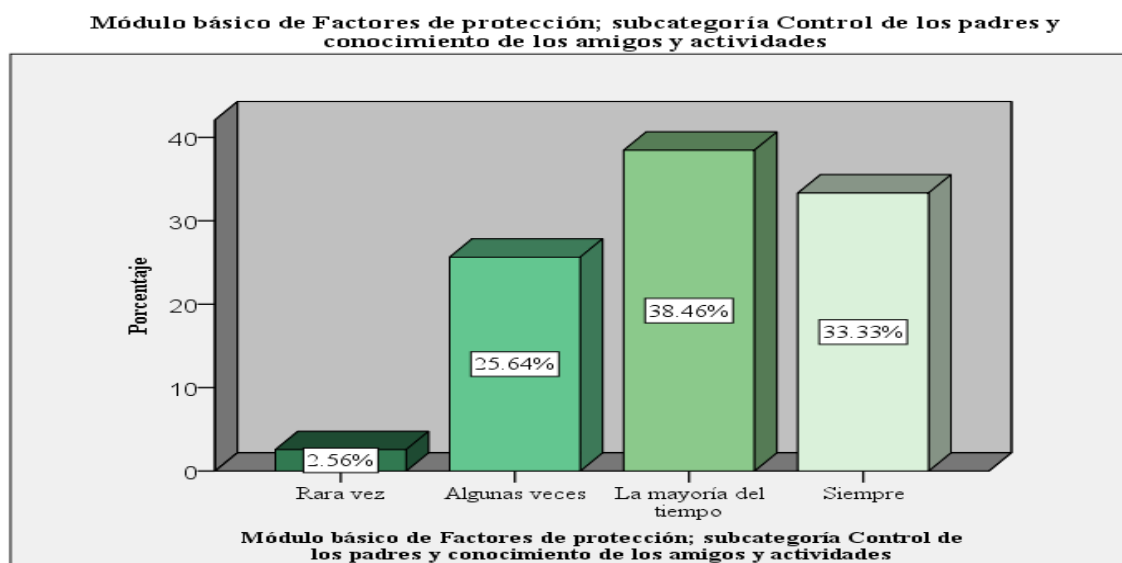


Ilustración 7. Módulo básico de Factores de protección; subcategoría Control de los padres y conocimiento de los amigos y actividades.

En los ítems 22 al 30 del módulo básico de factores de protección, el 38.5% de la muestra reportó que la mayoría del tiempo estuvo bajo el control de sus padres, los cuales tuvieron conocimiento de sus amigos y estuvieron al tanto de las actividades que realizó durante los últimos 30 días anteriores a la aplicación de los módulos (ver Tabla 7 y Figura 7).

## **2.4 Discusión de resultados**

A partir de los resultados obtenidos por medio de este estudio, se entiende que en los estudiantes del grado once del Colegio Sierra Morena (IED) los factores protectores predominantes son los siguientes: creencias religiosas o espirituales, conexión afectivo-emocional con sus padres, respeto de los padres hacia su individualidad, control de los padres sobre sus actividades y conocimiento de los padres acerca de sus relaciones interpersonales; todos ellos contemplados en el módulo básico de factores protectores.

En primer lugar, están las creencias religiosas y espirituales las cuales brindan un soporte moral y ético que orienta la toma de decisiones del individuo a través de su sistema de valores. Además de lo anterior, dichas creencias evitan que el adolescente pueda desarrollar comportamientos antinormativos que afecten su relaciones intrapersonales e interpersonales.

En segunda instancia, la conexión afectivo-emocional según los ítems de la Encuesta Mundial de Salud a Escolares (2014), abarca el hecho de que los padres hagan sentir a gusto al adolescente la mayor parte del tiempo, respetando su sentido de la libertad, brindándole apoyo o alentándolo en las situaciones críticas de su vida, ofreciéndole comprensión, haciéndole sentir escuchado, prestándole atención, iniciando una conversación con él, demostrándole afecto, compartiendo tiempo juntos, felicitándolo por sus logros obtenidos, aconsejándolo o guiándolo cuando sea pertinente y cubriendo sus necesidades reforzándolo con objetos de su agrado o dinero.

En cuanto al respeto de los padres hacia la individualidad de sus hijos, se tiene en cuenta de que los padres no hayan hecho sentir en ridículo o menospreciado al adolescente, tampoco no haber mostrado tener expectativas extremadamente altas sobre él, ni haberlo hecho pasar vergüenza en público o delante de sus amistades, mucho menos faltarle respeto a él como



persona, ignorándolo, negándole su derecho a opinar, favoreciendo a una persona más que a él o intentando hacerle sentir culpable por algo que hizo o debió haber hecho.

Por otro lado, el control de los padres sobre sus actividades, es considerado factor protector ya que el manejo del padre hacia su hijo refleja el interés sobre lo que realiza éste y establece las limitaciones comportamentales con él.

Por último, pero no menos importante, el conocimiento de los padres acerca de las relaciones interpersonales de sus hijos demuestra una variable muy importante dentro de la comunicación entre padre e hijo: la confianza, y crea la posibilidad en el padre de intervenir en las conductas del adolescente.

En síntesis, los factores protectores que se pudieron vislumbrar fueron todos en su gran mayoría enfocados hacia la diada, padres e hijos, es decir al ámbito familiar pero sin incluir relaciones con hermanos o parientes lejanos al núcleo.

En lo referente a los factores de riesgo presentes en dicha población, es pertinente decir que el módulo para examinar éstos fue el Módulo básico de salud mental. Debido a que en él se manejan variables que van encausadas hacia el concepto que entiende únicamente la salud como la ausencia de una afección, enfermedad o trastorno, y que también ignora la dimensión positiva de la salud, es decir, la comprensión de ésta como un estado bienestar integral en todas las áreas del ser humano.

De tal forma, a partir de los resultados de dicho módulo se pudieron establecer dos categorías referentes a los factores de riesgo: conductas autolesivas y ausencia de educación emocional. Debido a que la otra de ellas, “conductas de riesgo”, no es estadísticamente representativa.

Así pues, un cuarto del total de la población afirmó que en los últimos doce meses no se presentó alguna ocasión en la que no hubieran tenido que ser tratados por un doctor o enfermera a causa de autolesiones, sin embargo no rechazaron la posibilidad de haber intentado quitarse la vida durante los últimos doce meses, por lo cual se puede inferir que este fragmento de la población pudo tener intento de quitarse la vida durante el último año, pero nunca fue tratado por un profesional de la salud.

Lo cual sustenta lo mencionado por la OMS (2012) y la UNICEF (2011) en cuanto que generalmente un porcentaje elevado de la población adolescente comete suicidio anualmente y una cifra mucho mayor lo intenta.

Por otra parte, la OMS (2017), expresaba que la presencia de diversos problemas, tales como los que, según el Equipo de análisis de situación en Salud (2011), existen y son recurrentes en el sector, conllevaban a que la salud mental y el desarrollo general de los adolescentes se viera afectado de manera negativa, lo cual no se evidencia en los resultados obtenidos, en parte debido a que los factores protectores en el área familiar pertenecen a los factores de amplio espectro (Durak citado por Barrón, 2005; Durak citado por Páramo, 2011), es decir, abordan todas las áreas de su vida disminuyendo la vulnerabilidad en la que están los adolescentes con efectos de corto y largo plazo, es por ello la presencia del factor de riesgo de amplio espectro familia con pobres vínculos entre sus miembros no se manifiesta en sus hogares

De igual forma en la categoría “ausencia de educación emocional”, los estudiantes negaron rotundamente haber recibido alguna clase de control de la ira, como tampoco les han hablado en ninguna asignatura sobre signos de depresión y conducta suicida, ni les han enseñado qué hacer si uno de sus compañeros está pensando en quitarse la vida, y no los han instruido sobre cómo llevar el estrés de manera saludable.

## **2.5 Conclusiones**

- Se evidenció que el tamaño de la población no es lo suficientemente amplio como para poder generalizar los resultados al resto del sector en comparación de los estudios realizados en el mismo.
- Se resalta la importancia de realizar investigaciones en torno a las variables tomadas con una muestra poblacional más amplia ya que así se podrá obtener resultados más confiables y precisos.
- Con los resultados obtenidos en esta investigación pude surgir la iniciativa de realizar estudios enfocados específicamente entorno a la frecuencia de conductas autolesivas y ausencia de educación emocional en los escolares de Ciudad Bolívar.

- Para futuras investigaciones se recomienda replicar este estudio en diferentes instituciones educativas distritales de la localidad de Ciudad Bolívar para realizar un tamizaje más a profundidad.

### 3. Referencias Bibliográficas

- Equipo de análisis de situación en Salud. (2011). *Análisis de la Situación en Salud de Ciudad Bolívar*. Recuperado de [http://www.hospitalvistahermosa.gov.co/web/node/sites/default/files/boletines\\_2012/analisis\\_situacion\\_salud\\_2012.pdf](http://www.hospitalvistahermosa.gov.co/web/node/sites/default/files/boletines_2012/analisis_situacion_salud_2012.pdf)
- Equipo de análisis de situación en Salud. (2010). *Análisis de la Situación en Salud de Ciudad Bolívar*. Recuperado de <http://www.saludcapital.gov.co/sitios/VigilanciaSaludPublica/Todo%20IIH/Diagnostico%20Local%20Ciudad%20Bolivar.pdf>
- Barrón, M. (2005). *Inequidad socio cultural (Riesgo y resiliencia)*. Recuperado de [https://books.google.com.co/books?id=klW7B2sQDdMC&pg=PA28&lpg=PA28&dq=factores+de+riesgo+de+amplio+espectro&source=bl&ots=dShdFuMV-K&sig=X9IV\\_4JBh3BCV9fCx\\_qbTMhQQk&hl=es-419&sa=X&ved=0ahUKEwjI8MLYI-bSAhXCRSYKHScFD\\_EQ6AEIJjAC#v=onepage&q=factores%20de%20riesgo%20de%20amplio%20espectro&f=false](https://books.google.com.co/books?id=klW7B2sQDdMC&pg=PA28&lpg=PA28&dq=factores+de+riesgo+de+amplio+espectro&source=bl&ots=dShdFuMV-K&sig=X9IV_4JBh3BCV9fCx_qbTMhQQk&hl=es-419&sa=X&ved=0ahUKEwjI8MLYI-bSAhXCRSYKHScFD_EQ6AEIJjAC#v=onepage&q=factores%20de%20riesgo%20de%20amplio%20espectro&f=false)
- Bernal, G., Rosselló, J. & Martínez, A. (1997). Inventario de depresión para niños y niñas. *Psicología Contemporánea*, 4(1), 12-23.
- Blasco, R. C. (2012). *Descripción y análisis de los factores protectores de adolescentes en la prevención del delito: el perfil del adolescente resistente y las competencias emocionales asociadas*. Centre d'Estudis Jurídics i Formació Especialitzada, Catalunya, España.

Recuperado de

[http://www.recercat.cat/bitstream/handle/2072/200095/factors\\_proteccio\\_adolescents\\_ca\\_srt.pdf?sequence=1](http://www.recercat.cat/bitstream/handle/2072/200095/factors_proteccio_adolescents_ca_srt.pdf?sequence=1)

Burak, S. (2001). *Protección, riesgo y vulnerabilidad: Sus posibles aplicaciones en la promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación de la salud integral de los adolescentes y las adolescentes*. *Adolescencia y juventud en América Latina*. (489-499).

Centers for Disease Control and Prevention (CDCP). (2007). “*Injury Mortality Reports 2000 – 2007*”. Recuperado de [http://webappa.cdc.gov/sasweb/ncipc/mortrate10\\_sy.html](http://webappa.cdc.gov/sasweb/ncipc/mortrate10_sy.html)

Corporación Universitaria Minuto de Dios. (2009). *Acuerdo No.215, Reglamento estudiantil*.

Recuperado de

<http://www.uniminuto.edu/documents/702814/1532112/Reglamento+estudiantil+uniminuto/658b1bf9-c11e-4846-a3e6-e9a1b4164b64>

Corporación Universitaria Minuto de Dios. (2016). *Modelo educativo Corporación Universitaria*

*Minuto de Dios*. Recuperado de [http://www.uniminuto.edu/nosotros/-](http://www.uniminuto.edu/nosotros/-/asset_publisher/ZeWbN2DoP8IY/content/modelo-educativo?inheritRedirect=true)

[/asset\\_publisher/ZeWbN2DoP8IY/content/modelo-educativo?inheritRedirect=true](http://www.uniminuto.edu/nosotros/-/asset_publisher/ZeWbN2DoP8IY/content/modelo-educativo?inheritRedirect=true)

Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. (2011). *La salud mental del adolescente: Un desafío urgente para la investigación y la inversión*. Recuperado de

<https://www.unicef.org/spanish/sowc2011/pdfs/La-salud-mental-del-adolescente.pdf>

Hernández, R., Fernández, C. & Bautista, M. (2014). *Metodología de la investigación, 6<sup>ta</sup> edición*. Ciudad de México: McGraw-Hill.

Leiva, L., George, M., Squicciarini, A. M., Simonsohn, A., & Guzmán, J. (2015). Intervención preventiva de salud mental escolar en adolescentes: desafíos para un programa público en comunidades educativas. *Revista Universitas Psychologica*, 14(4), 1285-1298.

Ley N° 1090. (2006). *Diario Oficial No. 46.383 de la República de Colombia*. Congreso de la República, Colombia, 6 de septiembre de 2006.

Ley N° 1286. (2009). *Diario Oficial 47241 de la Republica de Colombia*. Congreso de la República, Colombia, 23 de enero del 2009.

Ley N° 1616. (2013). *Diario Oficial 48680 de la República de Colombia*. Congreso de la República, Colombia, 21 de enero del 2013.

Ministerio de salud de la República de Colombia, Colciencias, Pontificia Universidad Javeriana & Procesos y Tecnología SAS. (2015). *Encuesta Nacional de Salud Mental 2015* (Tomo 1). Recuperado de [http://www.visiondiweb.com/insight/lecturas/Encuesta\\_Nacional\\_de\\_Salud\\_Mental\\_Tomo\\_I.pdf](http://www.visiondiweb.com/insight/lecturas/Encuesta_Nacional_de_Salud_Mental_Tomo_I.pdf)

Ministerio de salud de la República de Colombia, Colciencias, Pontificia Universidad Javeriana & Datos, Procesos y Tecnología SAS. (2015). *Encuesta Nacional de Salud Mental 2015*. Recuperado de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/presentacion-encuesta-nacional-salud-mental-2015.pdf>

Moscoso, M., Rodríguez L., Reyes, J. & Colón, H., (2016). “Adolescentes de puerto rico: una mirada a su salud mental y su asociación con el entorno familiar y escolar”. *Revista Puertorriqueña de Psicología* | v. 27 | no. 2 | pp. 320 – 332

Organización Mundial de la Salud. (2017). *Adolescentes y salud mental*. Recuperado de [http://www.who.int/maternal\\_child\\_adolescent/topics/adolescence/mental\\_health/es/](http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/mental_health/es/)

Organización Mundial de la Salud. (2017). *Encuesta Mundial de Salud a Escolares (GSHS)*. Recuperado de <http://www.who.int/chp/gshs/es/>

Organización Mundial de la Salud. (2013). *Salud mental: un estado de bienestar*. Recuperado de [http://www.who.int/features/factfiles/mental\\_health/es/](http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/es/)

Organización Mundial de la Salud. (2012). *Adolescent health epidemiology*. Recuperado de [http://www.who.int/maternal\\_child\\_adolescent/epidemiology/adolescence/en/](http://www.who.int/maternal_child_adolescent/epidemiology/adolescence/en/)

Organización Mundial de la Salud. (2009). “*Manual para llevar a cabo la Encuesta Mundial de Salud a Escolares*”. Recuperado de [http://www.who.int/chp/gshs/GSHS\\_Item\\_Rationales\\_Spanish\\_2009.pdf](http://www.who.int/chp/gshs/GSHS_Item_Rationales_Spanish_2009.pdf)

- Organización Mundial de la Salud. (2006). *Constitución de La Organización Mundial de la Salud*. Recuperado de [http://www.who.int/governance/eb/who\\_constitution\\_sp.pdf](http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_sp.pdf)
- Páramo, R. M. (2011). Factores de Riesgo y Factores de Protección en la Adolescencia: Análisis de Contenido a través de Grupos de Discusión. *Terapia Psicológica*, 29(1), 85-95. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/785/78518428010.pdf>
- Páramo, R. M. (2008). *Adolescencia y psicoterapia: Análisis de significados a través de grupos de discusión* (Tesis doctoral). Universidad de Salamanca, Salamanca, España. Recuperado de [https://gedos.usal.es/jspui/bitstream/10366/22569/1/DPETP\\_Adolescencia%20y%20psicoterapia.pdf](https://gedos.usal.es/jspui/bitstream/10366/22569/1/DPETP_Adolescencia%20y%20psicoterapia.pdf)
- Peña, M. & Graña, J. (2006). Agresión y conducta antisocial en la adolescencia: una integración conceptual. *Psicopatología Clínica, Legal y Forense*, 6, 9-23. Recuperado de <http://masterforense.com/pdf/2006/2006art1.pdf>
- Rodríguez-Figueroa, L. (2008). *Suicidal Behavior among Adolescent Students in Puerto Rico, Academic Years 2002-03 and 2003-04*. Recuperado de [https://deepblue.lib.umich.edu/bitstream/handle/2027.42/58466/linrodz\\_1.pdf;jsessionid=B1B33A6ED3055BC0AA050CF046D1BE5E?sequence=1](https://deepblue.lib.umich.edu/bitstream/handle/2027.42/58466/linrodz_1.pdf;jsessionid=B1B33A6ED3055BC0AA050CF046D1BE5E?sequence=1)
- Rosselló, J. & Berríos Hernández, M.N. (2004). Ideación suicida, depresión, actitudes disfuncionales, eventos de vida estresante y autoestima en una muestra de adolescentes puertorriqueños/as. *Revista Interamericana de Psicología*, 38(2), 295-302.
- Rosselló, J. & Maysonet, M. (2002). Sintomatología depresiva, actitudes disfuncionales, perfeccionismo y auto concepto en grupo de adolescentes puertorriqueños/as. *Revista Puertorriqueña de Psicología*, 13, 225- 241.
- Torres, Y., Zapata, M., Montoya, L., Garro, G. & Hurtado, G. (2009). *Segundo estudio de salud mental del adolescente Medellín*. Recuperado de <https://www.medellin.gov.co/irj/go/km/docs/wpccontent/Sites/Subportal%20del%20Ciudadano/Salud/Secciones/Publicaciones/Documentos/2012/Investigaciones/Segundo%20>

## 4. Apéndices

### Anexos

#### 4.1 Anexo 1. Encuesta Mundial de Salud a Escolares (GSHS) Preguntas de Expansión del Módulo Básico de Salud Mental

Salud Mental (las preguntas recomendadas están sombreadas en gris)	
<p>1. Durante los últimos 12 meses ¿Qué tan seguido, has estado tan preocupado/a por algo que te ha llevado a tomar bebidas alcohólicas o consumir otras drogas que te hicieran sentir mejor?</p> <p>a. Nunca b. Rara vez c. Algunas veces d. La mayoría del tiempo e. Siempre</p>	<p>2. Durante los últimos 12 meses, ¿Qué tan seguido, has estado tan preocupado/a por algo que no te dejó comer o te quitó el apetito?</p> <p>a. Nunca b. Rara vez c. Algunas veces d. La mayoría del tiempo e. Siempre</p>
<p>3. Durante los últimos 12 meses ¿Qué tan seguido has tenido problemas en concentrarte al hacer tu tarea u otra actividad?</p> <p>a. Nunca b. Rara vez c. Algunas veces d. La mayoría del tiempo e. Siempre</p>	<p>4. Si es que trataste de quitarte la vida en alguna ocasión durante los últimos 12 meses, ¿se dio alguna ocasión en que tuviste que ser tratado/a por un doctor o enfermera a causa de heridas, envenenamiento, o sobredosis?</p> <p>a. <b>No he intentado quitarme la vida</b> durante los últimos 12 meses b. Sí c. No</p>
Conocimientos, Actitudes, Habilidades y Fuentes de Información	
<p>5. Durante este año escolar ¿Te han enseñado en alguna de tus clases cómo controlar la ira?</p> <p>a. Sí b. No c. No lo sé</p>	<p>6. Durante este año escolar ¿Te han hablado en alguna de tus clases sobre signos de depresión y el comportamiento suicida?</p> <p>a. Sí b. No c. No lo sé</p>

7. Durante este año escolar ¿Te han enseñado en alguna de tus clases qué hacer si es que uno/a de tus amigos/as está pensando en quitarse la vida?

- a. Sí
- b. No
- c. No lo sé

8. Durante este año escolar, ¿Te han enseñado en alguna de tus clases formas de sobrellevar el estrés de manera saludable?

- a. Sí
- b. No
- c. No lo sé



## 4.2 Anexo 2. Encuesta Mundial de Salud a Escolares (GSHS) Preguntas de Expansión del Módulo Básico de Factores de Protección

<p><b>Se recomienda a los países de las Américas que añadan esta pregunta.</b></p> <p>1. ¿Te consideras una persona religiosa o espiritual?</p> <p>a. Sí b. No</p>	
<p><b>Conexión con los Padres</b></p>	
<p>2. Durante los últimos 30 días ¿Qué tan seguido tus padres o tutores te han hecho sentirte agusto?</p> <p>a. Nunca b. Rara vez c. Algunas veces d. La mayoría del tiempo e. Siempre</p>	<p>3. Durante los últimos 30 días ¿Qué tan seguido tus padres o tutores han respetado tu sentido de libertad?</p> <p>a. Nunca b. Rara vez c. Algunas veces d. La mayoría del tiempo e. Siempre</p>
<p>4. Durante los últimos 30 días ¿Qué tan seguido tus padres o tutores te han apoyado o alentado?</p> <p>a. Nunca b. Rara vez c. Algunas veces d. La mayoría del tiempo e. Siempre</p>	<p>5. Durante los últimos 30 días ¿Qué tan seguido tus padres o tutores te han comprendido?</p> <p>a. Nunca b. Rara vez c. Algunas veces d. La mayoría del tiempo e. Siempre</p>
<p>6. Durante los últimos 30 días ¿Qué tan seguido tus padres o tutores te han escuchado y prestado atención?</p> <p>a. Nunca b. Rara vez c. Algunas veces d. La mayoría del tiempo e. Siempre</p>	<p>7. Durante los últimos 30 días ¿Qué tan seguido tus padres o tutores han iniciado una conversación contigo?</p> <p>a. Nunca b. Rara vez c. Algunas veces d. La mayoría del tiempo e. Siempre</p>
<p>8. Durante los últimos 30 días ¿Qué tan seguido tus padres o tutores te han demostrado afecto?</p> <p>a. Nunca b. Rara vez c. Algunas veces d. La mayoría del tiempo e. Siempre</p>	<p>9. Durante los últimos 30 días, ¿Qué tan seguido tus padres o tutores han pasado tiempo contigo?</p> <p>a. Nunca b. Rara vez c. Algunas veces d. La mayoría del tiempo e. Siempre</p>

<p>10. Durante los últimos 30 días ¿Qué tan seguido, tus padres o tutores te han felicitado?</p> <p>a. Nunca b. Rara vez c. Algunas veces d. La mayoría del tiempo e. Siempre</p>	<p>11. Durante los últimos 30 días ¿Qué tan seguido tus padres o tutores te han aconsejado o guiado?</p> <p>a. Nunca b. Rara vez c. Algunas veces d. La mayoría del tiempo e. Siempre</p>
<p>12. Durante los últimos 30 días ¿Qué tan seguido tus padres o tutores han cubierto tus necesidades?</p> <p>a. Nunca b. Rara vez c. Algunas veces d. La mayoría del tiempo e. Siempre</p>	<p>13. Durante los últimos 30 días ¿Qué tan seguido tus padres o tutores te han comprado cosas?</p> <p>a. Nunca b. Rara vez c. Algunas veces d. La mayoría del tiempo e. Siempre</p>
<p>14. Durante los últimos 30 días ¿Qué tan seguido tus padres o tutores te han dado dinero?</p> <p>a. Nunca b. Rara vez c. Algunas veces d. La mayoría del tiempo e. Siempre</p>	
<b>Falta de Respeto de los Padres hacia la Individualidad de sus hijos</b>	
<p>15. Durante los últimos 30 días ¿Qué tan seguido, tus padres o tutores te han hecho sentir en ridículo o te han menospreciado (por ejemplo, han dicho que tu eres un tonto o inútil)?</p> <p>a. Nunca b. Rara vez c. Algunas veces d. La mayoría del tiempo e. Siempre</p>	<p>16. Durante los últimos 30 días ¿Qué tan seguido tus padres o tutores han mostrado tener expectativas demasiado altas sobre ti (por ejemplo, que seas una mejor persona o que te vaya mejor en la escuela)?</p> <p>a. Nunca b. Rara vez c. Algunas veces d. La mayoría del tiempo e. Siempre</p>
<p>17. Durante los últimos 30 días ¿Qué tan seguido, tus padres o tutores te han hecho pasar vergüenza en público o delante de tus amistades?</p> <p>a. Nunca b. Rara vez c. Algunas veces d. La mayoría del tiempo e. Siempre</p>	<p>18. Durante los últimos 30 días ¿Qué tan seguido tus padres o tutores te han comparado injustamente con otra persona (por ejemplo, con tus hermanos o con ellos mismos)?</p> <p>a. Nunca b. Rara vez c. Algunas veces d. La mayoría del tiempo e. Siempre</p>

<p>19. Durante los últimos 30 días ¿Qué tan seguido tus padres o tutores no te han respetado como persona (por ejemplo, no dejándote hablar o favoreciendo a otra persona más que a ti)?</p> <p>a. Nunca b. Rara vez c. Algunas veces d. La mayoría del tiempo e. Siempre</p>	<p>20. Durante los últimos 30 días ¿Qué tan seguido tus padres o tutores te han ignorado (por ejemplo, han caminado lejos de ti o no te han prestado atención)?</p> <p>a. Nunca b. Rara vez c. Algunas veces d. La mayoría del tiempo e. Siempre</p>
<p>21. Durante los últimos 30 días ¿Qué tan seguido tus padres o tutores han intentado hacerte sentir culpable por algo que hiciste o que deberías haber hecho?</p> <p>a. Nunca b. Rara vez c. Algunas veces d. La mayoría del tiempo e. Siempre</p>	
<b>Control de los Padres y Conocimiento de los Amigos y Actividades</b>	
<p>22. Durante los últimos 30 días ¿Qué tan seguido tus padres o tutores han tratado de saber quiénes son tus amigos?</p> <p>a. Nunca b. Rara vez c. Algunas veces d. La mayoría del tiempo e. Siempre</p>	<p>23. Durante los últimos 30 días ¿Qué tan seguido tus padres o tutores sabían realmente qué amigos tenías?</p> <p>a. Nunca b. Rara vez c. Algunas veces d. La mayoría del tiempo e. Siempre</p>
<p>24. Durante los últimos 30 días ¿Qué tan seguido tus padres o tutores han tratado de saber dónde estuviste por la noche?</p> <p>a. Nunca b. Rara vez c. Algunas veces d. La mayoría del tiempo e. Siempre</p>	<p>25. Durante los últimos 30 días ¿Qué tan seguido tus padres o tutores supieron realmente a donde fuiste por la noche?</p> <p>a. Nunca b. Rara vez c. Algunas veces d. La mayoría del tiempo e. Siempre</p>
<p>26. Durante los últimos 30 días ¿Qué tan seguido tus padres o tutores han tratado de saber cómo gastaste tu dinero?</p> <p>a. Nunca b. Rara vez c. Algunas veces d. La mayoría del tiempo e. Siempre</p>	<p>27. Durante los últimos 30 días ¿Qué tan seguido tus padres o tutores supieron realmente cómo habías gastado tu dinero?</p> <p>a. Nunca b. Rara vez c. Algunas veces d. La mayoría del tiempo e. Siempre</p>

<p>28. Durante los últimos 30 días ¿Qué tan seguido tus padres o tutores trataron de saber dónde pasaste la mayor parte de las tardes después de la escuela?</p> <ul style="list-style-type: none"><li>a. Nunca</li><li>b. Rara vez</li><li>c. Algunas veces</li><li>d. La mayoría del tiempo</li><li>e. Siempre</li></ul>	<p>29. Durante los últimos 30 días ¿Qué tan seguido tus padres o tutores supieron realmente donde passte la mayor parte de las tardes después de la escuela?</p> <ul style="list-style-type: none"><li>a. Nunca</li><li>b. Rara vez</li><li>c. Algunas veces</li><li>d. La mayoría del tiempo</li><li>e. Siempre</li></ul>
<p>30. Durante los últimos 30 días ¿Qué tan seguido tus padres o tutores trataron de saber lo que habías hecho en tu tiempo libre?</p> <ul style="list-style-type: none"><li>a. Nunca</li><li>b. Rara vez</li><li>c. Algunas veces</li><li>d. La mayoría del tiempo</li><li>e. Siempre</li></ul>	

### 4.3 Anexo 3.

## CONSENTIMIENTO INFORMADO

### Estimado padre/madre y/o acudiente:

Somos estudiantes del Programa Psicología de la de la Corporación Universitaria Minuto de Dios, Centro Regional Soacha; y estamos llevando a cabo un estudio sobre *la salud mental* de los estudiantes de grado once como parte de nuestro proyecto investigativo de pregrado. El objetivo de este estudio es *describir los factores protectores y de riesgo, desde el marco de la salud mental, existentes en los estudiantes de dicho grado*. Por ende, requerimos su amable colaboración y autorización para que su hijo(a) participe voluntariamente en el estudio.

El estudio consiste en el diligenciamiento, por parte del estudiante, de dos cuestionarios, el primero de ellos con 8 preguntas y el segundo con 30. Le tomará contestarlo aproximadamente 30 minutos. El proceso será estrictamente confidencial y su nombre no será utilizado.

El estudio no conlleva riesgo alguno y no otorga retribución económica alguna por la participación. Los resultados grupales estarán disponibles en los archivos del Colegio Sierra Morena (IED) si desea solicitarlos. También, si tiene alguna pregunta o duda sobre esta investigación se puede comunicar con los investigadores a los e-mails: *apatinoovie@unminuto.edu.co* y *kcubillosto@uniminuto.edu.co*

Así, si desea que su hijo participe, favor de llevar el talonario de autorización y devolver al docente a cargo del estudiante.

Nombre de los investigadores:

*Angie Carolina Patiño Oviedo*  
*Psicóloga en formación*  
*Uniminuto – Centro Regional Soacha*  
*Soacha*

*Kevin Andrés Cubillos Torres*  
*Psicólogo en formación*  
*Uniminuto – Centro Regional*

## AUTORIZACIÓN

Yo \_\_\_\_\_, identificado(a) con C.C. \_\_\_\_\_  
 he leído el procedimiento descrito arriba. Voluntariamente doy mi consentimiento para que mi hijo(a) o acudido(a) \_\_\_\_\_ participe en dicho estudio.

\_\_\_\_\_

Firma del padre/madre/acudiente

\_\_\_\_\_

Firma del estudiante

Fecha