

Asociación entre el riesgo de suicidio y la depresión, el consumo de sustancias psicoactivas y la disfunción familiar en adolescentes escolarizados de la zona nororiental de Medellín, 2006

Diana Carolina Toro Gaviria

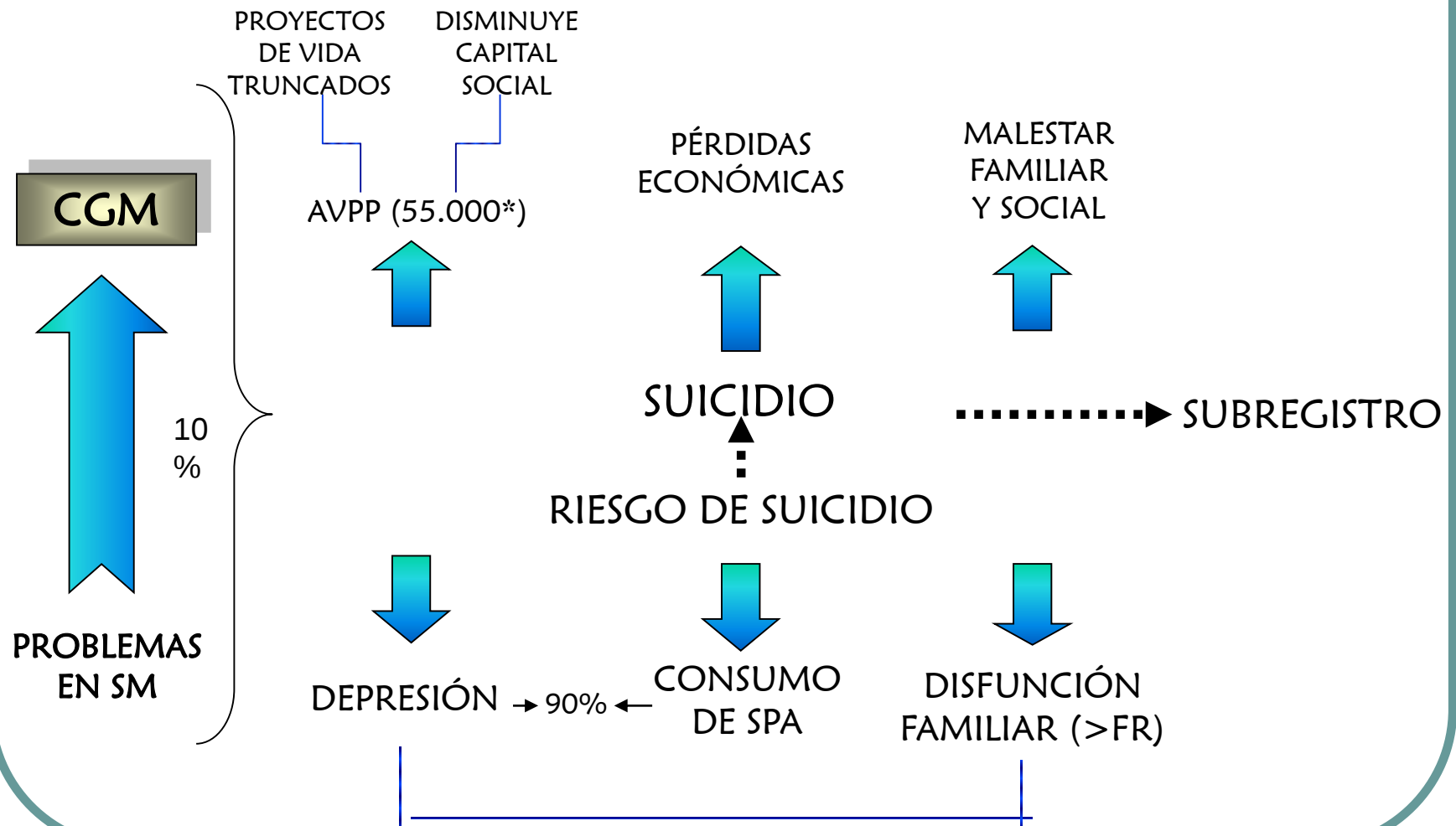
Asesores

Ramón Eugenio Paniagua Suárez
Carlos Mauricio González Posada
Brígida Montoya Gómez



Línea Psicosocial - Grupo de Investigación en Salud Mental

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA



*Colombia, 2006

JUSTIFICACIÓN

T
A
S
A
S
D
E
S
U
I
C
I
D
I
O

- OMS

1.000.000 suicidios/año en el mundo

- 2006:

Colombia → 4,1/100 mil hab.



10-14 años: H 2/100 mil - M 1/100 mil

15-19 años: H 6/100 mil - M 4/100 mil

- 2006:

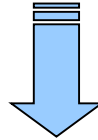
Antioquia → 5/100 mil hab.

- 2006:

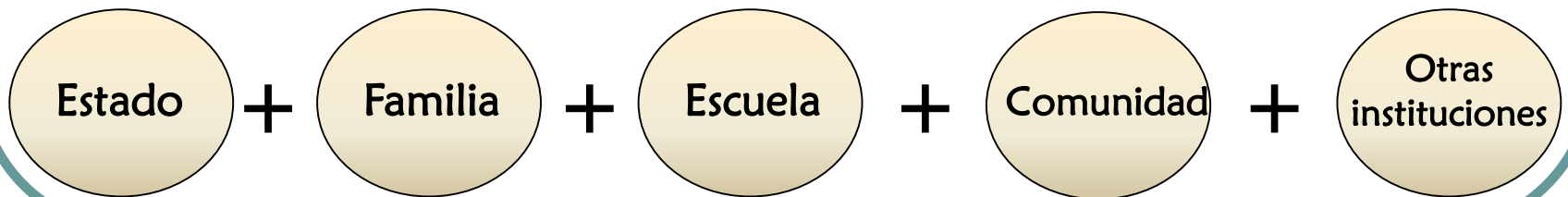
Medellín → 6/100 mil hab.

JUSTIFICACIÓN

ESCASOS ESTUDIOS EN MEDELLÍN



RESPONSABILIDAD DE TODOS



OBJETIVOS

General

Explorar la posible asociación entre el riesgo de suicidio y la depresión, el consumo de sustancias psicoactivas y la disfunción familiar en adolescentes escolarizados de la zona nororiental de Medellín, 2006.

OBJETIVOS

Específicos

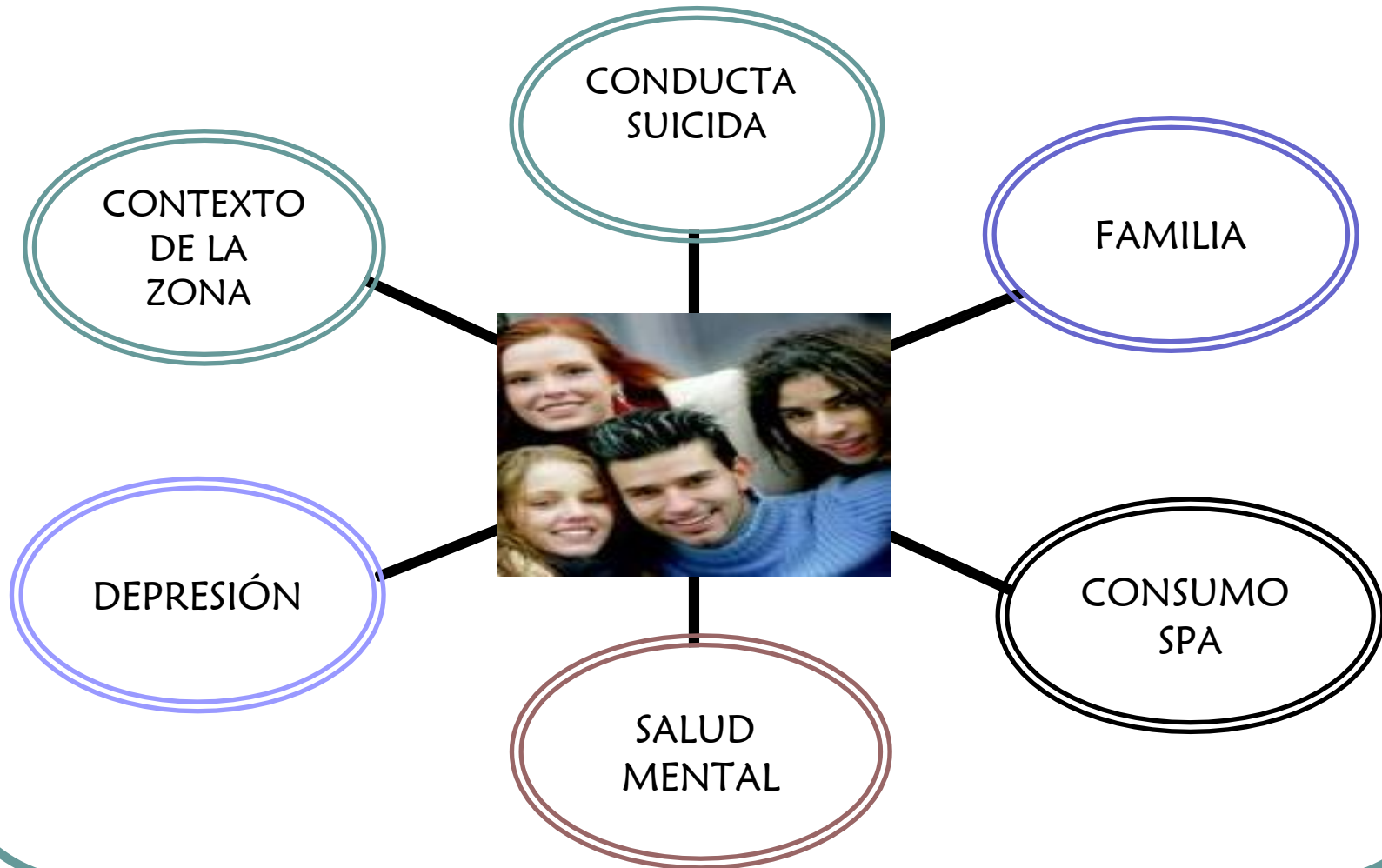
- 1) Caracterizar los adolescentes que de acuerdo al Inventario de Orientación para Suicidio - 30 puntuaron alto en riesgo de suicidio.
- 2) Establecer el cruce entre el puntaje de riesgo de suicidio alto y bajo con cada uno de los indicadores de salud mental (depresión, consumo de sustancias psicoactivas y disfunción familiar).

OBJETIVOS

Específicos

- 3) Determinar la razón de disparidad de los casos en expuestos comparada con los controles expuestos a cada uno de los indicadores de salud mental (depresión, consumo de sustancias psicoactivas y disfunción familiar).
- 4) Describir tipologías o perfiles de adolescentes escolarizados con puntaje alto en riesgo de suicidio de la zona nororiental de Medellín.

MARCO TEÓRICO



MARCO TEÓRICO

❖Adolescencia: Edad que transcurre entre los 10-19 años (OMS).

❖Depresión: trastorno mental caracterizado por tristeza profunda, anhedonia, irritabilidad, cambios en el apetito y en los patrones de sueño, baja autoestima, y pensamientos suicidas.

Factores múltiples: genéticos, biológicos, individuales, sociales, entre otros.

MARCO TEÓRICO

❖ Conducta suicida: resultado de un conflicto entre el individuo y su realidad social, el cual le genera desmotivación y la percepción de una realidad irreconciliable con dicha realidad; paralelo, a un proceso de exclusiones parciales que desencadenaran la exclusión total del sistema social (Clemente et al.)

Incluye: Ideación suicida, amenazas, tentativas, suicidio consumado.

MARCO TEÓRICO

❖ Suicidio: constituye una salida a una visión negativa de la vida donde se minimizan las posibilidades de conseguir la solución a los problemas o de tener éxito y felicidad (Landaeta).

El suicidio no es un problema, sino un síntoma de problemas, situaciones y tendencias (Anthony).

Asociado con necesidades insatisfechas, sentimientos de desesperanza, conflicto e intenso malestar psicológico (Abady et al).

MARCO TEÓRICO

❖ Riesgo de suicidio: hace referencia al aumento en la probabilidad que un individuo cometa acciones suicidas, en este sentido, el riesgo de suicidio está relacionado con el número de factores de riesgo presentes.

❖ Consumo SPA: consumo de compuestos que produce efectos sobre el sistema nervioso central.

MARCO TEÓRICO

❖ Riesgo de suicidio: hace referencia al aumento en la probabilidad que un individuo cometa acciones suicidas, en este sentido, el riesgo de suicidio está relacionado con el número de factores de riesgo presentes.

❖ Consumo SPA: consumo de compuestos que produce efectos sobre el sistema nervioso central.

MARCO TEÓRICO

❖ Familia: subsistema del sistema social, que se define como el conjunto de personas que conviven bajo el mismo techo, organizadas en roles fijos...

Familia funcional: jerarquías claras, límites claros, roles definidos, comunicación abierta y explícita, y la capacidad de adaptación al cambio (Herrera).

MARCO TEÓRICO

❖Salud mental: “... un estado de bienestar el en cual el individuo se da cuenta de sus propias aptitudes, puede afrontar las presiones normales de la vida, puede trabajar productiva y fructíferamente, y es capaz de hacer una contribución a su comunidad” (OMS)

❖Salud Pública: Es la ciencia y el arte de promover la salud, prevenir las enfermedades y prolongar la vida a través de esfuerzos organizados de la sociedad (OMS)

METODOLOGÍA

Estudio de corte para explorar las posibles asociaciones entre el riesgo de suicidio con la depresión, el consumo de SPA y la disfunción familiar.

Variables de Desenlace:

- ❖ **Casos:** Adolescentes con puntaje alto en riesgo de suicidio según el ISO-30
- ❖ **Controles:** Adolescentes con puntaje moderado y bajo según el ISO-30

Variables de Exposición:

- ❖ Depresión según el CDI-LA
- ❖ Consumo de SPA según el CIDI-II
- ❖ Disfunción familiar según el APGAR

METODOLOGÍA

Fuente de información: Estudio “Riesgo de suicidio en adolescentes escolarizados de la zona nororiental de Medellín, 2006”*

Criterios de Inclusión: Estudiante adolescente de cualquier sexo, matriculado en el momento del estudio en cualquiera de los colegios.

Condiciones físicas y mentales para diligenciar la encuesta y participación voluntaria.

Selección de la muestra: Aleatoria entre las posibles unidades de observación. No se aceptaron voluntarios.

Muestra: 779 adolescentes escolarizados en los colegios públicos y privados de la zona.

* Línea psicosocial, Grupo de Investigación en Salud Mental -Universidad de Antioquia,-

METODOLOGÍA

Tamaño de muestra para estimar la proporción*

El método de inferencia estadística parte del conocimiento de las probabilidades de selección o inclusión de cada uno de los objetos susceptibles de hacer parte de la muestra.

Cada comuna de la zona es un estrato y por lo tanto en cada una de ellas se selecciona una muestra aleatoria simple de adolescentes escolarizados para lo cual se distribuye la muestra en cada colegio en forma proporcional al tamaño del mismo con respecto al total de adolescentes estudiantes de secundaria.

Se consideró de interés para el estudio, la proporción de adolescentes en riesgo de suicidio, la proporción de adolescentes deprimidos, la proporción de adolescentes con disfunción familiar y la proporción de adolescentes que consumen alguna sustancia psicoactiva. Se hace el cálculo de las proporciones de interés mediante una prueba piloto cuya muestra aleatoria fue de 35 adolescentes escolarizados de la zona nororiental; la proporción se representará por P^* .

* Estudio “Riesgo de suicidio en adolescentes escolarizados de la zona nororiental de Medellín, 2006”*

METODOLOGÍA

Tamaño de muestra para estimar la proporción*

Cuando se desea controlar el máximo error absoluto y la proporción P se estima previamente en una prueba piloto, la fórmula más apropiada para estimar la proporción en cada comuna es:

$$n_0 = \frac{\frac{z^2 P^* Q^*}{\delta^2}}{\frac{N-1}{N} + \frac{1}{N} \cdot \frac{z^2 P^* Q^*}{\delta^2}}$$

Donde P^ es un valor previo de la proporción P y $Q^*=1-P^*$. Además z es el cuantil de la distribución normal con un 95% de confianza, $z=1.96$ y δ es el máximo error absoluto permisible en la estimación de P , $=7.1\%=0.071$.*

* Estudio “Riesgo de suicidio en adolescentes escolarizados de la zona nororiental de Medellín, 2006”*

METODOLOGÍA

Se hace la corrección del tamaño de muestra para poblaciones finitas con la fórmula:
$$n = \frac{n_0}{1 + \frac{n_0}{N}}$$

y se obtuvo el tamaño de muestra definitivo:

Comuna Popular $N=9938$

$\delta = 7.1\% = 0.071$

Variable de interés	Proporción P en prueba piloto	Tamaño de muestra, n
Riesgo de suicidio	0.314	167
Nivel de depresión	0.543	186
Disfunción familiar	0.714	154

El tamaño de muestra para estimar la proporción en la comuna Popular con una confianza del 95% y en error del 7.1% es $n = 186$.

METODOLOGÍA

Tabla 1. Tamaños de muestra por comuna en el estudio “Riesgo de suicidios en adolescentes escolarizados de la zona nororiental de Medellín, 2006

Comuna	Confianza	Error	Tamaño de muestra, n
Popular (N=9938)	95%	7.1%	186
Santa Cruz (N=8149)	95%	7.1%	186
Manrique (N=12520)	95%	7.1%	190
Aranjuez (N=12541)	95%	7.1%	190

δ

Fuente: Estudio “Riesgo de suicidio en adolescentes escolarizados de la zona nororiental de Medellín, año 2006”

METODOLOGÍA

La probabilidad de selección de un (a) estudiante en cualquier colegio de la comuna fue:

$$P = \frac{\text{Número.de.estudiantes.de.secundaria.asignados.en.la.muestra.para.el.colegio}}{\text{Total.de.estudiantes.de.secundaria.del.colegio}}$$

Por lo tanto, la muestra fue estratificada por conglomerados y con asignación proporcional al tamaño de los colegios.

METODOLOGÍA

Se hace la corrección del tamaño de muestra para poblaciones finitas con la fórmula:
$$n = \frac{n_0}{1 + \frac{n_0}{N}}$$

y se obtuvo el tamaño de muestra definitivo:

Comuna Popular $N=9938$

$\delta = 7.1\% = 0.071$

Variable de interés	Proporción P en prueba piloto	Tamaño de muestra, n
Riesgo de suicidio	0.314	167
Nivel de depresión	0.543	186
Disfunción familiar	0.714	154

El tamaño de muestra para estimar la proporción en la comuna Popular con una confianza del 95% y en error del 7.1% es $n = 186$.

METODOLOGÍA

“Asociación ente el riesgo de suicidio y la depresión, el consumo de SPA y la disfunción familiar”

Variables de confusión: Edad, Sexo y Estrato de la vivienda

Control mediante la Estratificación y Modelación Matemática

Limitaciones: Las asociaciones observadas no podrán ser consideradas como relaciones causales y

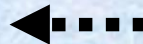
No podrán ser inferidas a otras poblaciones.

Consideraciones éticas: Principios de confidencialidad, Beneficencia y No maleficencia.

ANÁLISIS ESTADÍSTICO

- ❖ DEPRESIÓN
- ❖ CONSUMO DE SPA
- ❖ DISFUNCIÓN FAMILIAR

RIESGO DE SUICIDIO



ANÁLISIS
UNIVARIADO

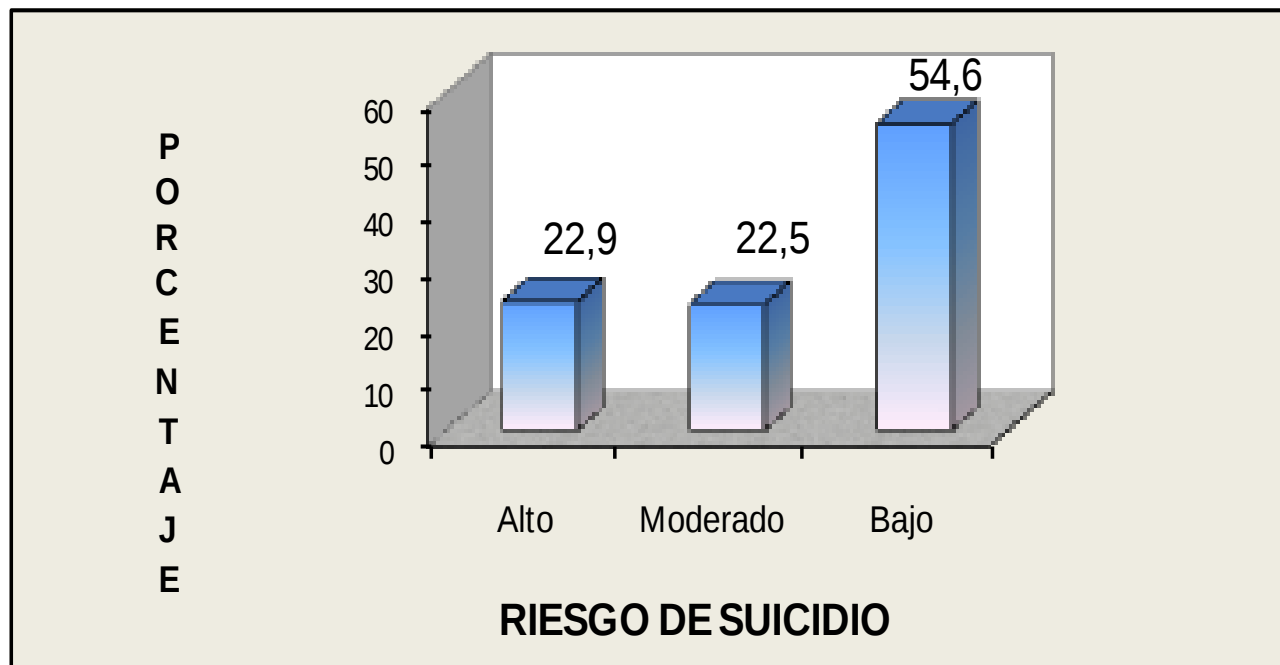
ANÁLISIS
BIVARIADO

RAZÓN DE
DISPARIDADES
CON IC DEL 95%

ANÁLISIS DE
CORRESPONDENCIAS
MÚLTIPLES

RESULTADOS

DISTRIBUCIÓN DE LA MUESTRA SEGÚN ISO-30



Fuente: Base de datos "Riesgo de suicidio en adolescentes escolarizados de la zona nororiental de Medellín, año 2006"

Figura 1. Distribución porcentual de los adolescentes escolarizados según puntaje en riesgo de suicidio. Zona Nororiental de Medellín, 2006.

CARACTERIZACIÓN DE LOS CASOS

Tabla 1. Distribución porcentual de los adolescentes escolarizados con puntaje alto en riesgo de suicidio según variables sociodemográficas. Zona Nororiental de Medellín, 2006.

Variables sociodemográficas	Categoría	n	(N=179) %	IC para el %
Sexo	Masculino	89	49,7	42,2% - 57,3%
	Femenino	90	50,3	42,7% - 57,8%
Edad (años)	11-14	97	54,2	46,6% - 61,6%
	15-19	82	45,8	38,4% - 53,4%
Estrato de la vivienda	Estrato 1	27	15,1	10,2% - 21,2%
	Estrato 2	84	46,9	39,4% - 54,5%
	Estrato 3	41	22,9	17,0% - 29,8%
	Estrato 4	2	1,1	0,1% - 4,0%
	NS/NR	25	14,0	9,2% - 19,9%

Fuente: Base de datos “Riesgo de suicidio en adolescentes escolarizados de la zona nororiental de Medellín, año 2006”

CARACTERIZACIÓN DE LOS CASOS

Tabla 2. Distribución porcentual de los adolescentes escolarizados con puntaje alta en riesgo de suicidio según comuna de residencia. Zona Nororiental de Medellín, 2006.

Comuna de residencia	n	(N=179) %	IC para el %
Popular	44	24,6	18,5% - 31,6%
Santa Cruz	58	32,4	25,6% - 39,8%
Manrique	32	17,9	12,6% - 24,3%
Aranjuez	45	25,1	19,0% - 32,2%

Fuente: Base de datos “Riesgo de suicidio en adolescentes escolarizados de la zona nororiental de Medellín, año 2006”

CARACTERIZACIÓN DE LOS CASOS

Tabla 2. Distribución porcentual de los adolescentes escolarizados con puntaje alta en riesgo de suicidio según variables familiares. Zona Nororiental de Medellín, 2006.

Variables familiares	Categoría	n	(N=179) %	IC para el %
Figuras paternas convivientes	Ambos	83	46,4	38,9% - 54,0%
	Sólo madre	59	33,0	26,1% - 40,4%
Tipología familiar	Nuclear	63	35,2	28,2% - 42,7%
	Incompleta	60	33,5	26,7% - 40,9%
No. de hijos en la familia	Tres	61	34,1	27,2% - 41,5%
	Dos	50	27,9	21,5% - 35,1%
	Único	15	8,4	4,8% - 13,4%

Fuente: Base de datos "Riesgo de suicidio en adolescentes escolarizados de la zona nororiental de Medellín, año 2006"

CARACTERIZACIÓN DE LOS CASOS

Tabla 2. Distribución porcentual de los adolescentes escolarizados con puntaje alto en riesgo de suicidio según percepción del rendimiento académico. Zona Nororiental de Medellín, 2006.

Percepción del rendimiento académico	n	(N=179) %	IC para el %
Mucho peor que a la mayoría	10	5,6	2,7% - 10,0%
Un poco peor que a la mayoría	35	19,6	14,0% - 26,1%
Igual que a la mayoría	57	31,8	25,1% - 39,2%
Un poco mejor que a la mayoría	49	27,4	21,0% - 34,5%
Mucho mejor que a la mayoría	28	15,6	10,7% - 21,8%

Fuente: Base de datos “Riesgo de suicidio en adolescentes escolarizados de la zona nororiental de Medellín, año 2006”

FACTORES ASOCIADOS AL RIESGO DE SUICIDIO

Tabla 11. Depresión, consumo de sustancias psicoactivas y disfunción familiar en los casos y controles. Zona Nororiental de Medellín, 2006.

Variable	Casos (N=179)			Controles (N=600)		
	IC 95%			IC 95%		
	n	%	para el %	n	%	Para el %
Depresión	94	52,5	44,9% - 60,0%	123	20,5	17,4% - 24,0%
Consumo de SPA	123	68,7	61,4% - 75,4%	379	63,2	59,2% - 67,0%
Disfunción familiar	147	82,1	75,7% - 87,4%	416	69,3	65,4% - 73,0%

Fuente: Base de datos "Riesgo de suicidio en adolescentes escolarizados de la zona nororiental de Medellín, año 2006"

FACTORES ASOCIADOS AL RIESGO DE SUICIDIO

Tabla 11. Distribución porcentual de la depresión en los adolescentes escolarizados según variables sociodemográficas. Zona Nororiental de Medellín, 2006.

Categoría	Casos (n=89)		Controles (n=600)	
	Frec.	%	Frec.	%
Hombre	41	46,1	44	15,4
Mujer	53	58,9	79	25,1
11-14 años	50	51,5	70	20,9
15-19 años	44	53,7	53	20,0

Fuente: Base de datos “Riesgo de suicidio en adolescentes escolarizados de la zona nororiental de Medellín, año 2006”

FACTORES ASOCIADOS AL RIESGO DE SUICIDIO

Tabla 11. Distribución porcentual de la disfunción familiar en los adolescentes escolarizados según variables sociodemográficas. Zona Nororiental de Medellín, 2006.

Categoría	Casos (n=89)		Controles (n=600)	
	Frec.	%	Frec.	%
Hombres	72	80,9	204	71,6
Mujeres	75	83,3	212	67,3
11-14 años	77	79,4	221	66,0
15-19 años	70	85,4	195	73,6

Fuente: Base de datos “Riesgo de suicidio en adolescentes escolarizados de la zona nororiental de Medellín, año 2006”

FACTORES ASOCIADOS AL RIESGO DE SUICIDIO

Tabla 11. Distribución porcentual del consumo de sustancias psicoactivas en los adolescentes escolarizados según variables sociodemográficas. Zona Nororiental de Medellín, 2006.

Categoría	Caso (n=89)		Controles (n=600)	
	Frec.	%	Frec.	%
Hombres	67	75,3	193	67,7
Mujeres	56	62,2	186	59,0
11-14 años	59	60,8	169	50,4
15-19 años	64	78,0	210	79,2

Fuente: Base de datos “Riesgo de suicidio en adolescentes escolarizados de la zona nororiental de Medellín, año 2006”

FUNCIONAMIENTO FAMILIAR

Tabla 16. Distribución porcentual del funcionamiento familiar en los casos y controles. Zona Nororiental de Medellín, 2006.

Funcionamiento familiar	Casos (n=179)			Controles (n=600)		
	n	%	IC 95% para el %	n	%	IC 95% para el %
Funcional	32	17,9	12,6%-24,3%	184	30,7	27,0%-34,6%
Disfunción leve	37	20,7	15,0%-27,3%	190	31,7	28,0%-35,6%
Disfunción moderada	48	26,8	20,5%-33,9%	122	20,3	17,2%-23,8%
Disfunción severa	62	34,6	27,7%-42,1%	104	17,3	14,4%-20,7%

Fuente: Base de datos "Riesgo de suicidio en adolescentes escolarizados de la zona nororiental de Medellín, año 2006"

RAZÓN DE DISPARIDAD CRUDA

Tabla 17. Razón de disparidad para riesgo de suicidio en adolescentes escolarizados según indicadores de depresión, consumo de sustancias psicoactivas y disfunción familiar. Zona Nororiental de Medellín, 2006.

Variable	Razón de Disparidad	Intervalo de Confianza del 95%	χ^2
Depresión	4,3	3,96 – 4,64	70,31
Consumo de SPA	1,2	0,82 – 1,58	11,25
Disfunción familiar	2,0	1,78 – 2,22	0,79

Fuente: Base de datos “Riesgo de suicidio en adolescentes escolarizados de la zona nororiental de Medellín, año 2006”

RAZÓN DE DISPARIDAD AJUSTADA

Tabla 17. Razón de disparidad ajustada para riesgo de suicidio en adolescentes escolarizados según indicadores de depresión, consumo de sustancias psicoactivas y disfunción familiar. Zona Nororiental de Medellín, 2006.

Variable	RD* Sexo IC 95%	RD*Edad IC 95%	RD*Estrato IC 95%
Depresión	4,4 (3,11-6,38)	4,3 (3,01-6,11)	4,6 (3,21-6,65)
Consumo de SPA	1,2 (0,79-1,89)	1,2 (0,79-1,93)	1,2 (0,76-1,85)
Disfunción familiar	2,0 (1,33-3,08)	2,0 (1,33-3,09)	2,1 (1,35-3,14)

Fuente: Base de datos “Riesgo de suicidio en adolescentes escolarizados de la zona nororiental de Medellín, año 2006”

*Razón de disparidad ajustada

ANÁLISIS MULTIVARIADO

TIPOLOGÍAS DE ESTUDIANTES CON PUNTAJE ALTO EN RIESGO DE SUICIDIO

Tipología 1

Agrupación el 57,5% de los adolescentes con puntaje alto en riesgo de suicidio y tienen las siguientes características:

- ❖ Tienen entre 11 y 14 años
- ❖ Matriculados principalmente en el grado 7
- ❖ Tipología familiar incompleta
- ❖ Residen principalmente en la comuna Aranjuez
- ❖ Consideran que su familia es funcional

TIPOLOGÍAS DE ESTUDIANTES CON PUNTAJE ALTO EN RIESGO DE SUICIDIO

Tipología 2

Agrupar el 29,6% de los adolescentes con puntaje alto en riesgo de suicidio y tienen las siguientes características:

- ❖ Matriculados principalmente en el grado 9
- ❖ Consideran que su familia presenta disfunción severa
- ❖ Tipología familiar mixta
- ❖ Tienen entre 15 y 19 años
- ❖ Residen principalmente en la comuna Popular
- ❖ Manifiestan indicadores de depresión alta
- ❖ Matriculados en el grado 11

TIPOLOGÍAS DE ESTUDIANTES CON PUNTAJE ALTO EN RIESGO DE SUICIDIO

Tipología 3



Agrupación el 12,9% de los adolescentes con puntaje alto en riesgo de suicidio y tienen las siguientes características:



- ❖ Residen principalmente en la comuna Manrique
- ❖ Estrato de vivienda 3
- ❖ Tienen entre 15 y 19 años
- ❖ Matriculados en el grado 10
- ❖ Consideran que su familia presenta disfunción moderada
- ❖ No manifiestan indicadores de depresión

DISCUSIÓN

DISCUSIÓN

El enfoque de riesgo al estudio de conducta suicida es uno de los pasos más importantes en el conocimiento y prevención del suicidio que se ha producido a escala mundial, pues los factores de riesgo pueden ser causa o indicadores del comportamiento (Guibert et al).

- ❖ Observables y cuantificables antes del desenlace fatal
- ❖ Permite anticipar una atención preventiva a fin de evitar dicha conducta patológica

DISCUSIÓN

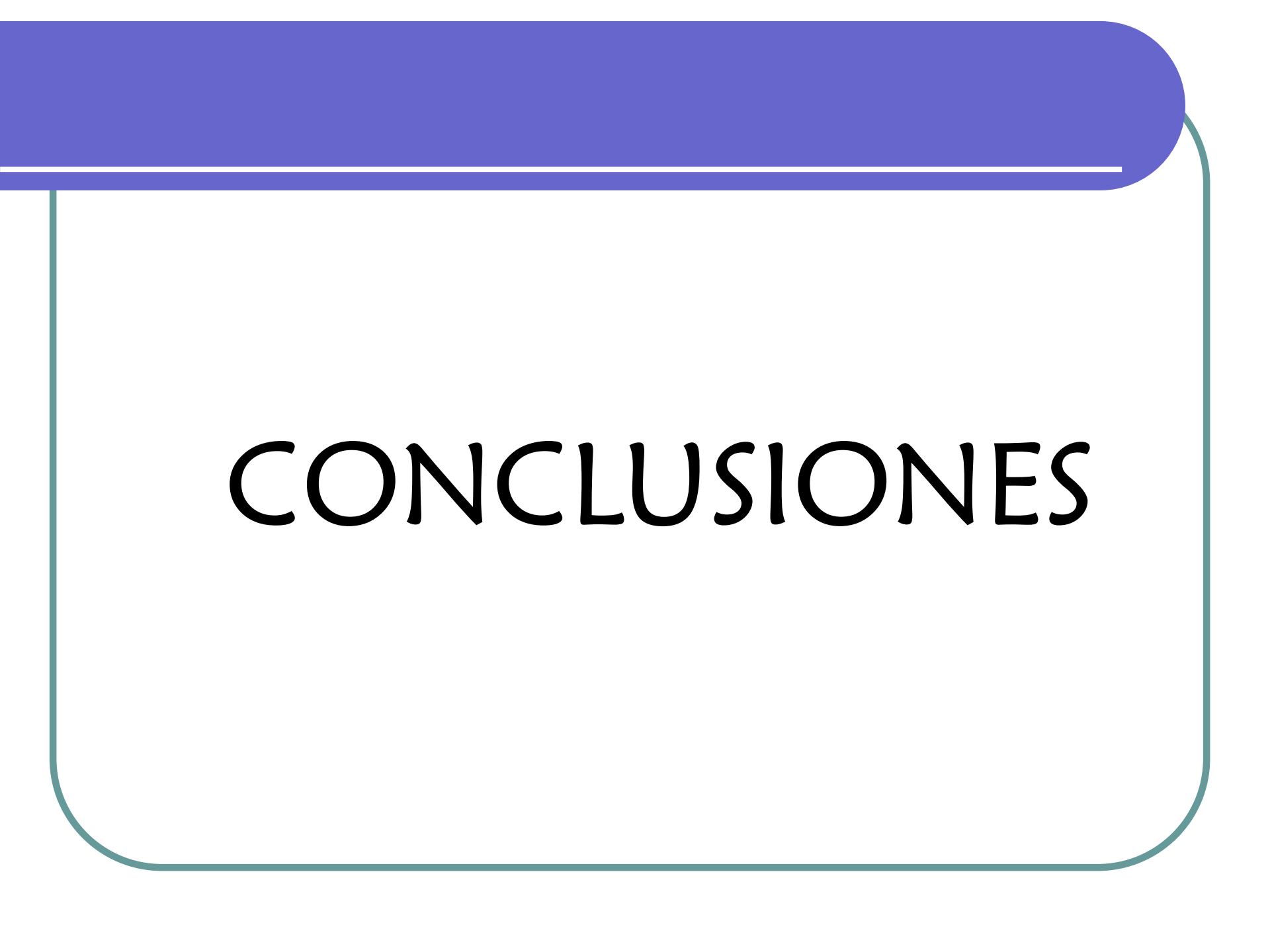
Con similitud a otros estudios:

- ❖ La depresión está estrechamente relacionada con el riesgo de suicidio, por tanto, dicha condición aumenta significativamente el riesgo.
- ❖ Se observó mayor frecuencia de indicadores de depresión en adolescentes de sexo femenino.
- ❖ La disfunción familiar es un significativo predictor de la conducta suicida.

DISCUSIÓN

A diferencia de otros estudios:

- ❖ No se encontraron diferencias estadísticamente significativas por sexo para el riesgo de suicidio en adolescentes.
- ❖ El consumo de sustancias psicoactivas no se asoció con el riesgo de suicidio.



CONCLUSIONES

CONCLUSIONES

❖ El suicidio es una conducta compleja (multifactorial), que se posiciona como un problema de salud pública de primera magnitud.

Sin embargo, el tema pasa desapercibido en las agendas políticas, pues requiere de un gran compromiso de Política Social.

CONCLUSIONES

❖ El suicidio es el reflejo de un grave desequilibrio emocional y social, es una de las problemáticas de más difícil abordaje, porque su complejidad incluye factores individuales, sociodemográficos, familiares y culturales, que son a su vez estructuras y sistemas de alta complejidad.

CONCLUSIONES

❖ Los adolescentes con puntaje alto en riesgo de suicidio revelaron algún indicador de depresión en el 52,5% de los casos, mientras que en el grupo control fue del 20,5%.

Por consiguiente, en este estudio la depresión se posicionó como el factor que mayor peso ejerce sobre la conducta de riesgo de suicidio en los adolescentes. En esta línea, los adolescentes depresivos tendrían un riesgo de suicidio 4,3 veces comparado con los adolescentes no depresivos.

CONCLUSIONES

❖ En cuanto al funcionamiento familiar, mientras que los casos tienden a valorar su familia como severamente disfuncional (34,6%), el grupo control tiende a considerarla como levemente disfuncional (31,7%) y funcional (30,7%).

❖ Los datos revelaron, que el riesgo de suicidio sería 2 veces en los adolescentes con familias disfuncionales que en aquellos que conviven en familias funcionales.

CONCLUSIONES

❖ Finalmente, el consumo de sustancias psicoactivas no se asoció con el riesgo de suicidio en los adolescentes. No obstante es un tema que preocupa, porque son altos los porcentajes de dicho consumo (Casos 68,7% y Controles 63,2%).

RECOMENDACIONES

❖ Diseñar medidas de intervención en la zona con el propósito de disminuir el riesgo de suicidio y las tasas de suicidio en adolescentes, haciendo especial hincapié en el trabajo con los adolescentes que presentan las características expuestas en el perfil 2 (derivado de las tipologías de adolescentes con puntaje alto en riesgo de suicidio).

RECOMENDACIONES

- ❖ Replicar el estudio sobre riesgo de suicidio en adolescentes escolarizados en las demás zonas de la ciudad de Medellín.
- ❖ Realizar un estudio de casos y controles para profundizar en la relación de los constructos y factores del funcionamiento y dinámica familiar con los el riesgo de suicidio en adolescentes.
- ❖ Adelantar otros estudios referentes a la conducta suicida en los adolescentes de la ciudad de Medellín y otras ciudades de Colombia.

AGRADECIMIENTOS

- ❖ A los profesores Eugenio Paniagua, Carlos Mauricio González y Brígida Montoya, por brindarme la oportunidad de participar en este proyecto y por su amable disposición en las asesorías.
- ❖ Al equipo de la línea psicosocial por sus valiosos y pertinentes aportes, en especial a Beatriz Londoño.
- ❖ Al Grupo de Investigación en Salud Mental por sus valiosas recomendaciones.
- ❖ A la profesora Doracelly Hincapié por sus orientaciones en la metodología del estudio.
- ❖ A mi familia por su amor, comprensión, motivación y apoyo constante.
- ❖ A todas las personas que contribuyeron en mi crecimiento personal y formación académica.



GRACIAS POR
SU AMABLE
ATENCIÓN