

VALIDEZ DEL MODELO INTEGRADOR EXPLICATIVO DE LA IDEACIÓN
SUICIDA EN ESTUDIANTES DE SECUNDARIA DE LA CIUDAD DE IPIALES.

EDITH ISABETH SOLARTE SALAZAR
VIVIANA YAQUELINE SUAREZ ROSERO

UNIVERSIDAD DE NARIÑO
FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA
SAN JUAN DE PASTO
2009

VALIDEZ DEL MODELO INTEGRADOR EXPLICATIVO DE LA IDEACIÓN
SUCIDA EN ESTUDIANTES DE SECUNDARIA DE LA CIUDAD DE IPIALES.

EDITH ISABETH SOLARTE SALAZAR
VIVIANA YAQUELINE SUAREZ ROSERO

FREDY HERNAN VILLALOBOS GALVIS
Asesor de Tesis

UNIVERSIDAD DE NARIÑO
FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA
SAN JUAN DE PASTO
2009

NOTA DE RESPONSABILIDAD

“Las ideas y conclusiones aportadas en el trabajo de grado, son responsabilidad exclusiva de sus autores”.

Artículo 1° del Acuerdo N° 234 del 11 de Octubre de 1966, emanado del Honorable Consejo Directivo de la Universidad de Nariño.

NOTA DE ACEPTACIÓN

ASESOR

JURADO A

JURADO B

San Juan de Pasto, Noviembre de 2010

DEDICATORIA

A mis padres y hermanos por su acompañamiento incondicional, en todo este proceso, brindándome su cariño, confianza y apoyándome en cada etapa de esta importante faceta. Ellos fueron mi inspiración y fortaleza.

Isabeth Solarte Salazar

DEDICATORIA

A mi Madre por ser mi amiga y mi apoyo incondicional en mi proceso de formación profesional y personal.

A mi Padre por estar siempre a mi lado apoyándome y brindándome sus sabios consejos gracias a los cuales me forme como un ser lleno de valores y virtudes.

A Ignacio y Mary Ángel por ser mi inspiración y los amores de mi vida.

Yaqueline Suárez Rosero

AGRADECIMIENTOS

Durante este largo proceso varias personas nos brindaron su apoyo sin los cuales no hubiese sido posible la realización de esta investigación, por lo cual es muy importante reconocer la participación y colaboración de cada uno de ellos, en el desarrollo de la investigación y en nuestro proceso de formación profesional.

En primera instancia queremos agradecer a nuestro asesor Fredy Hernán Villalobos Galvis, por confiar siempre en nosotras, en nuestras capacidades y por todos los conocimientos que nos ha impartido como docente y como amigo, reconociendo su acompañamiento incondicional en todo este proceso.

Agradecimientos especiales a las instituciones educativas: Institución Educativa Ciudad de Ipiales, Institución Educativa Seminario, Institución Educativa Alfonzo López, Institución Educativa Jesús de Nazaret y a la Institución Educativa San Felipe Neri; a sus docentes y estudiantes quienes nos abrieron las puertas de estos planteles educativos y estuvieron siempre con mucha disposición para colaborarnos durante este proceso.

Finalmente agradecemos a nuestras familias por estar siempre junto a nosotras apoyándonos incondicionalmente desde el momento en que iniciamos en esta hermosa travesía de nuestra formación como psicólogas.

TABLA DE CONTENIDO

INTRODUCCION	14
MÉTODO.....	20
Tipo de investigación	20
Diseño.....	20
Participantes	20
Población	20
Muestreo	21
Muestra	21
Instrumentos	22
Procedimiento.....	25
Consideraciones Éticas	25
RESULTADOS.....	27
Relaciones entre variables que componen el MIEIS	27
Relaciones predictivas entre las variables de estudio y la ideación suicida	28
Relaciones predictivas en la muestra total.....	28
Relaciones predictivas según sexo.....	29
Mujeres	29
Hombres	30
Comparación por sexo.....	31
Relaciones predictivas según grupo etario	32
Pre adolescencia.....	32
Adolescencia temprana.....	32
Adolescencia Media.....	33
Adolescencia tardía.....	34
Comparación con grupo etario	35
Capacidad explicativa del modelo	35
Capacidad explicativa del modelo en la muestra total	35
Capacidad explicativa del modelo según sexo.....	37
Mujeres	37

Hombres.....	38
Capacidad explicativa del según grupo etario.....	40
Pre adolescencia.....	40
Adolescencia temprana.....	41
Adolescencia media.....	44
Adolescencia tardía.....	43
DISCUSIÓN.....	45
Relaciones entre variables de estudio.....	45
Relaciones predictivas entre las variables de estudio y la ideación suicida.....	49
Capacidad explicativa del modelo.....	52
CONCLUSIONES.....	56
LIMITACIONES Y RECOMENDACIONES.....	57
REFERENCIAS.....	59
ANEXOS.....	65
Anexo 1: Formato consentimiento informado para padres de familia.....	66
Anexo 2: Formato consentimiento informado para estudiantes.....	68
Anexo 3: Formato de no respuesta.....	70
Anexo 4: Instrumentos.....	71

LISTA DE TABLAS

Tabla 1. Matriz de correlación entre variables de estudio.....	27
Tabla 2. Relaciones predictivas en la muestra total	29
Tabla 3. Relaciones predictivas en mujeres	30
Tabla 4. Relaciones predictivas en hombres	31
Tabla 5. Relaciones predictivas en preadolescentes.....	32
Tabla 6. Relaciones predictivas en adolescencia temprana.....	33
Tabla 7. Relaciones predictivas en adolescencia media.....	34
Tabla 8. Relaciones predictivas en adolescencia tardía.....	34
Tabla 9. Índices de ajuste del modelo	37

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Modelo Integrador explicativo de la Ideación Suicida	17
Figura 2. Diagrama de trayectorias del MIEIS para la muestra total	36
Figura 3. Diagrama de trayectorias del MIEIS en mujeres	38
Figura 4. Diagrama de trayectorias del MIEIS en hombres	39
Figura 5. Diagrama de trayectorias del MIEIS en pre adolescencia	40
Figura 6. Diagrama de trayectorias del MIEIS en adolescencia temprana.....	41
Figura 7. Diagrama de trayectorias del MIEIS en adolescencia media.....	42
Figura 8. Diagrama de trayectorias del MIEIS en adolescencia tardía	43

VALIDEZ DEL MODELO INTEGRADOR EXPLICATIVO DE LA IDEACIÓN SUICIDA EN ESTUDIANTES DE SECUNDARIA DE LA CIUDAD DE IPIALES.

RESUMEN

Con la finalidad de determinar la validez del Modelo Integrador Explicativo de la Ideación Suicida en estudiantes de secundaria del sector urbano de la ciudad de Ipiales (Nariño- Colombia), se realizó un estudio de tipo correlacional - causal en una muestra compuesta por 585 estudiantes de colegios de la ciudad; se tuvieron en cuenta variables como sexo y etapa evolutiva, así como las que componen el modelo que son razones para vivir, autoestima, solución de problemas, apoyo social, depresión desesperanza, eventos vitales estresantes e Ideación suicida. Los resultados permitieron establecer un modelo que quedó conformado por cinco variables: razones para vivir, autoestima, depresión, desesperanza y solución de problemas, no incluyéndose el apoyo social y los eventos vitales estresantes; además se observaron las relaciones existentes entre las variables que componen el modelo y la Ideación suicida y cómo estas predicen la Ideación suicida en la población Ipialeña; de igual manera se evidenciaron las correlaciones más relevantes entre ideación suicida, con solución de problemas y con razones para vivir. Por otra parte, se determinó que el Modelo Integrador Explicativo de la Ideación Suicida no ajusta los datos observados en la población escolarizada de la ciudad de Ipiales; y que no puede ser generalizable para ninguno de los grupos. Finalmente se realizaron sugerencias y recomendaciones sobre algunos elementos a trabajar para poder generar nuevas propuestas que permitan prevenir el suicidio en adolescentes de la ciudad de Ipiales y en sus sectores aledaños.

Palabras Clave: Suicidio, Modelo Integrador explicativo, adolescencia, estudiantes, Colombia.

**VALIDITY OF THE INTEGRATIVE EXPLICATIVE MODEL OF
SUICIDAL IDEATION IN HIGH SCHOOL STUDENTS IN THE CITY OF
IPIALES**

ABSTRACT

In order to determine the validity of the integrated explanatory suicidal ideation model in high school students in the urban sector of the city of Ipiales (Nariño-Colombia), it was performed a correlational-causal study in a sample of 585 students of city schools. In which it was taken into account variables such as sex and developmental stages, as well as the model variables: reasons for living, self-esteem, problem solving, social support, depression, hopelessness and stressful life events. The results allowed us to establish a model composed by five variables: self-esteem, depression, hopelessness, problem solving and reasons for living. The not included variables were social support and stressful life events. In the same way, it was observed the relationships between the variables of the suicidal ideation model and how they predict suicide ideation in the Ipiales population. The most important correlations were between suicidal ideation with problem solving and reasons for living.

Moreover it was determined that the integrated model of explanatory suicide ideation does not fit the observed data in the student population of the city of Ipiales; and it cannot be generalized to any population group. Finally, suggestions and recommendations were made to generate new proposals in order to prevent the teen suicide in the city of Ipiales and its surrounding areas.

Keywords: suicide, integrative explanatory model, adolescence, students, Colombia

INTRODUCCIÓN

El suicidio es un acto totalmente consciente e intencional, que busca como resultado final producir la propia muerte (Durkheim, 1974). A pesar de que desde épocas antiguas se conocía acerca de este fenómeno, la palabra suicidio fue inicialmente utilizada por Sir Thomas Browne, en el año 1642, en el libro *Religio Medici*, reflejando el interés de distinguir entre el homicidio (de uno mismo) y el matar a otro (Sarró y de la Cruz, 1991; citados por Villalobos –Galvis, 2009). El suicidio puede definirse como toda acción en la cual el individuo se causa daño a sí mismo, siendo éste el aspecto fundamental del acto suicida (Arlaes, Hernández, Disney, y Cañizares, 1997).

La conducta suicida es visualizada como un importante problema de salud mental, en Colombia. Según la Coordinación de Información y Estadística de la Secretaria de Salud Municipal de Ipiales, en el 2008 se presentaron 1606 casos de suicidio consumado en el país, en Nariño se dieron 101 casos y en Ipiales 18. El suicidio es la segunda causa de muerte violenta en la población Ipialeña, precedida tan sólo por los homicidios; siendo reportados 138 casos de conductas suicidas en el 2008, de los cuales el 13% corresponde a suicidio consumado y el 87% a intentos de suicidio; los mecanismos utilizados para llevar a cabo esta conducta fueron: intoxicación, ahorcamiento, arma de fuego y lanzamiento al vacío (Observatorio del Delito del municipio de Ipiales, 2008).

Las cifras de suicidio se han incrementado de una manera alarmante en los últimos años, siendo lo más preocupante el hecho de que se presenten más en niños y jóvenes. De acuerdo con el Informe Mundial sobre la Violencia y la Salud (OMS, 2003) a nivel mundial, las tasas de suicidio tienden a aumentar considerablemente con la edad. Así pues, resultan mínimas (0,9 por 100.000 habitantes) en menores de 14 años, pero a partir del periodo comprendido entre los 15 a 24 años, las tasas ascienden significativamente, hasta lograr una máxima en el grupo de mayores de 75 años (66,9 por 100.000 habitantes). En particular, el principal salto en las estadísticas se da en el período comprendido entre los 14 y 24 años (Villalobos-Galvis, 2009); según Medicina Legal de la ciudad de Ipiales fueron registrados 289 intentos de suicidio en el año 2007, de los cuales el 2,7 % corresponden a niños entre 5 y 9 años, 20,06% corresponde a niños entre 10 y 14 años, 35,6% correspondientes a jóvenes entre 15 y 17 años y 42,2% corresponde a jóvenes entre los 18 y 19 años; de acuerdo con esto, la problemática de suicidio se presenta en un mayor nivel

en el grupo poblacional ubicado en edades entre 15 y 19 años (Secretaría de Salud Municipal de Ipiales, 2008) convirtiéndose este grupo en el que presenta mayor riesgo suicida; este fenómeno se podría explicar por lo planteado por De Wilde (2000, citado por Villalobos - Galvis, 2009) al manifestar que existen algunas características evolutivas de la adolescencia que guardan una estrecha relación con el origen de las ideas suicidas. En primer lugar, los adolescentes parecen particularmente susceptibles a la influencia de los medios masivos de comunicación (radio, televisión, internet), pues en la construcción de su propia identidad están a la búsqueda de modelos de rol con los cuales poder identificarse. Específicamente, para el caso del suicidio, se plantea que la presencia de conductas suicidas en personas significativas (que puedan constituirse en modelos) para los adolescentes, sería un factor de riesgo para que presenten conductas suicidas.

Haciendo referencia a los eventos más relacionados con el hecho, según la Coordinación de Información y Estadística de la secretaria de Salud Municipal de Ipiales en el 2008 (comunicación personal, 20 de agosto del 2009) se conoce como posibles antecedentes de suicidio: el duelo reciente, conflicto con la pareja, crisis económica, conflictos familiares, problemas escolares, y otro tipo de conflictos.

Por otra parte, otro elemento a tener en cuenta en el momento de hablar de suicidio es la ideación suicida, entendiéndose como la presencia de pensamientos de autodestrucción, que pueden anteceder tanto al intento suicida como al suicidio mismo (Osorio, 2005, citado por Córdova, Rosales y Eguiluz, 2005). Por su parte Goldney, Winefield, Tiggemann, Winefield y Smith (1989, citados por Villalobos-Galvis 2009) consideran que la ideación suicida incluye desde pensamientos fugaces de que la vida no merece la pena vivirse, pasando por intensas preocupaciones con fantasías autodestructivas, hasta planes muy explícitos y bien meditados para matarse. La ideación suicida se destaca como el principal predictor dentro de esta problemática, puesto que diversas investigaciones han señalado que si se llegara a controlar la ideación suicida, se lograría disminuir el riesgo de otras conductas más graves; como se muestra en un estudio realizado por González-Forteza *et al.* (1998), en una muestra de comunidad escolar de enseñanza media y media superior, encontrando a la ideación suicida como un factor de riesgo frente al suicidio consumado. De igual manera estos resultados concuerdan con los que obtuvieron Kienhorst *et al.* (1990) en estudiantes alemanes con edades entre 14 y 20

años: los adolescentes que habían intentado quitarse la vida tenían más pensamientos acerca del suicidio y de la muerte en general, en comparación con quienes no habían intentado suicidarse.

Todo lo planteado anteriormente hace que se considere el suicidio como un problema de salud pública, haciendo énfasis en que estas cifras han ido en constante aumento a pesar de los esfuerzos realizados por entidades como la Secretaría de Salud Municipal, pues no se ha logrado implementar un mecanismo que sea eficaz para la detección y prevención de este tipo de conductas suicidas, porque a pesar de ser un grave problema de salud mental no se han realizado investigaciones formales sobre el tema, razón por la cual no se cuenta con una propuesta estructurada en cuanto a la prevención de esta problemática, por lo que se hace necesario realizar investigaciones que permitan conocer los factores que orienten la intervención frente al suicidio.

En la ciudad de San Juan de Pasto se conoce una investigación sobre el Modelo Integrador Explicativo de la Ideación Suicida en adolescentes MIEIS (Villalobos-Galvis, 2009), el cual demostró un importante poder predictivo en cuanto a la conducta suicida; por esta razón es importante conocer si este modelo puede ser una alternativa teórica válida para la comprensión de la ideación suicida en estudiantes de Ipiales; con lo mencionado anteriormente y teniendo en cuenta los altos índices de suicidio presentados a nivel de Colombia en la población juvenil se realiza una investigación que cuenta con un objetivo general, el cual es determinar la validez del Modelo Integrador Explicativo de la Ideación Suicida en estudiantes de secundaria de la ciudad de Ipiales, además se plantean objetivos específicos que son: identificar la relación existente entre las variables que componen el modelo integrador explicativo de la ideación suicida en estudiantes de secundaria de la ciudad de Ipiales; como segundo objetivo, especificar cuáles son las variables del modelo integrador explicativo de la ideación suicida en los estudiantes de secundaria de la ciudad de Ipiales y finalmente determinar la capacidad explicativa de la ideación suicida que tiene el MIEIS en estudiantes de secundaria de la ciudad de Ipiales.

La comprensión de este estudio se centra en la validación del Modelo MIEIS en estudiantes de secundaria de la ciudad de Ipiales (Figura 1).

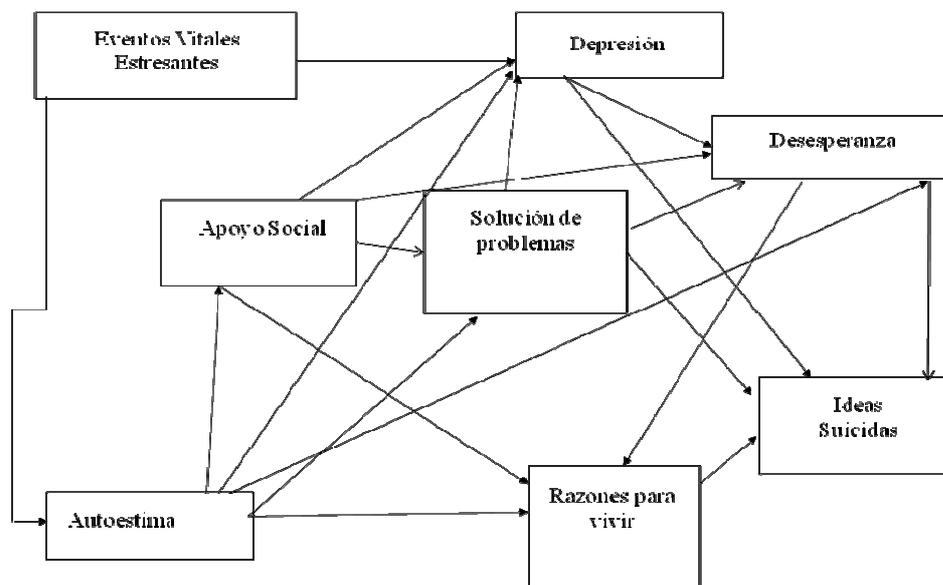


Figura 1. Modelo Integrador Explicativo de la Ideación Suicida.

El modelo parte de la asociación entre eventos vitales estresantes y depresión; esta asociación explicaría la relación indirecta de la primera variable (eventos vitales estresantes) con las ideas suicidas, pues tal como lo afirma Rudd (1990), la depresión es un mediador entre los eventos vitales estresantes y la conducta suicida (citado por Villalobos – Galvis, 2009). Por su parte la fortaleza de los síntomas depresivos que se presenten, según el Modelo Integrador, estará moderada por el papel amortiguador que tengan las variables de protección (autoestima, apoyo social y solución de problemas), por lo que se espera que si la persona cuenta con estos recursos de ajuste o adaptación, la secuencia causal pueda debilitarse. Sin embargo, si los eventos vitales estresantes tienen un alto impacto, o si las variables de protección no tienen la fuerza requerida, la depresión puede llevar a las ideas suicidas de manera directa (Villalobos-Galvis, 2009).

Por otra parte en el Modelo Integrador se encontró que la depresión puede también llevar a la desesperanza (otra de las relaciones identificada previamente); es decir, que de la tristeza se puede pasar al pesimismo, situación que también puede generar la presencia de ideas suicidas (Villalobos-Galvis, 2009).

En el MIEIS, la desesperanza recibe líneas causales de la depresión (afecto negativo constante), de la autoestima (baja valoración de sí mismo), del apoyo social

(ausencia de soporte emocional e instrumental) y de la solución de problemas (baja percepción de eficiencia en el manejo de las situaciones difíciles) (Villalobos-Galvis, 2009). Continuando con lo planteado por Villalobos-Galvis (2009) una segunda vía causal que surge de los eventos vitales estresantes, se orienta hacia la evaluación que la persona tiene de sí misma; es decir, que la persona puede llegar a considerarse como alguien inadecuado y poco eficaz a la hora de prevenir o de controlar la presencia de dichos eventos. Esta situación de baja autoestima puede llevar, a su vez, a la sensación de aislamiento social (bajo apoyo social), a la depresión, a la percepción de que se tienen inadecuadas formas de solucionar los problemas o al hecho de no encontrar razones para vivir ante la posible idea del suicidio (véase figura 1).

Otro de los componentes del modelo es la autoestima y frente al papel de la autoestima en el Modelo Integrador, resulta pertinente lo propuesto en el modelo procesual del estrés aplicado a la conducta suicida (Villalobos-Galvis, 2009), en el que se plantea que la evaluación que la persona hace de sí misma y de sus recursos para enfrentar los estresores (*evaluación cognitiva secundaria*) está seriamente relacionado con la conducta suicida (Villalobos-Galvis, 2009).

Según el Modelo Integrador, si se da una disminución significativa del apoyo social, puede hacerse más factible que la persona se deprima y esto la lleve a las ideas suicidas. Otra trayectoria causal se daría a través de la solución de problemas, pues el no contar con el apoyo de personas importantes en los momentos de estrés llevaría a la implementación o mantenimiento de estrategias inadecuadas de solución de problemas, que pueden empeorar la situación estresante, haciendo que aparezcan o se agraven los síntomas depresivos o fortaleciendo la idea de que no hay posibilidad de generar un cambio en la vida (desesperanza), lo que llevaría finalmente a las ideas de suicidio (Villalobos-Galvis, 2009).

Por otro lado, el hecho de que la persona perciba que no cuenta con estrategias adecuadas para resolver la situación difícil por la que está atravesando puede hacer que empiece a considerar al suicidio como una solución plausible. En la misma línea, el déficit en habilidades de solución de problemas llevaría a una historia de alta estimulación aversiva (los estresores continúan o se agravan) así como a una baja tasa de refuerzo (no

hay probabilidad de éxito), haciendo posible la aparición de la depresión, la cual también tendría un efecto directo sobre las ideas suicidas (Villalobos-Galvis, 2009).

Finalmente, las razones para vivir parecen instaurarse como el último recurso previo a la presencia de ideas de suicidio. Esta variable se ve afectada por la autoestima, implicando que si la persona no se valora de manera positiva, es muy posible que tampoco tenga razones para permanecer vivo (*“dado que no valgo nada, no importa si vivo o muero”*). Por último, las razones para vivir pueden verse afectadas por la desesperanza, pues si se instaura la idea de que en el futuro la vida será tan o más mala que en la actualidad, las razones para permanecer vivo pueden llegar a perder cualquier valor o significación a la hora de entrar a considerar al suicidio como una alternativa posible (*“cuando la vida es una humillación, el suicidio es una forma de muerte digna”*) (Villalobos-Galvis, 2009).

Frente a los antecedentes se encontró que si bien existen datos estadísticos generales sobre la conducta suicida a nivel nacional y del departamento, las investigaciones locales son escasas respecto a suicidio, se destaca el trabajo realizado por Villalobos-Galvis (2009) en la ciudad de San Juan de Pasto, ya que esta temática no ha sido explorada.

MÉTODO

Tipo de Investigación

La presente investigación pretende especificar la relación existente entre la ideación suicida y las variables del modelo integrador de ideación suicida; por lo cual el tipo de investigación es cuantitativo debido a que usa la recolección de datos para probar hipótesis, con base en la medición numérica y el análisis estadístico, para establecer patrones de comportamiento y probar teorías; además es correlacional - causal, puesto que según Hernández, Fernández y Batista (2006), la investigación correlacional asocia variables mediante un patrón predecible para un grupo o población; la utilidad y el propósito principal de este tipo de estudios son saber cómo se puede comportar un concepto o una variable conociendo el comportamiento de otras variables relacionadas; con este tipo de investigación se pretende intentar predecir el valor aproximado que tendrá un grupo de individuos escolarizados en una variable (ideación suicida), a partir del valor que tienen en la variable o variables relacionadas que se encuentran dentro del Modelo Integrador de Ideación Suicida.

Diseño

El diseño utilizado es no experimental puesto que se realiza sin manipular deliberadamente variables (Hernández, Fernández y Batista ,2000). A su vez la investigación es de tipo transversal; es decir, que se hace la medición del evento de estudio en un momento determinado, sin considerar su evolución en el tiempo (León y Montero, 1997; citado por Villalobos-Galvis, 2009).

Participantes

Población

La población con la cual se trabajará está compuesta por 3336 estudiantes de colegios de la ciudad de Ipiales, de los cuales 2237 corresponden a instituciones educativas oficiales y 1099 a instituciones educativas privadas (Secretaria de Educación Ipiales, 2009).

Muestreo

La muestra con la cual se trabajó en la investigación fue seleccionada a través de la técnica de muestreo probabilístico estratificado. Los estratos establecidos son el sector (oficial o privado) y los grados académicos (6 a 11).

La selección de los participantes que formaron parte de la investigación se realizó por medio de un muestreo probabilístico multietápico. En la primera etapa se hizo uso de un Muestreo aleatorio simple de conglomerados, estratificado por sector, es decir, que se tuvo en cuenta a instituciones educativas de carácter público (3 instituciones) y privado (1 institución); si al escoger un colegio determinado para ejecutar la investigación, no se obtenía el permiso de las directivas de la institución, se tenía en cuenta una lista de colegios opcionales, los cuales fueron seleccionados por el método de asignación proporcional al tamaño de la muestra. En la segunda etapa, se llevó a cabo un muestreo aleatorio simple de conglomerados, estratificado por grado académico, entendiéndose por conglomerado a los cursos con los cuales se trabajó por cada grado (véase tabla 1). En la tercera etapa se utilizó el Muestreo por voluntarios, debido a que se extendió una invitación a todos los estudiantes de los cursos seleccionados, para que participen de la investigación y solamente se realizó al tener el consentimiento firmado de los padres de familia y el estudiante.

Muestra

Esta investigación se llevó a cabo con 585 estudiantes de colegios oficiales y públicos de la ciudad de Ipiales; de los cuales 530 (90,6%) corresponden a instituciones oficiales y 55 (9,4%) a instituciones privadas; con edades comprendidas entre 10 y 19 años. Las instituciones que participaron de esta investigación fueron: Institución Educativa Ciudad de Ipiales (40,2%), Institución Educativa Seminario (43,9%), Institución Educativa Alfonso López (6,5%), Institución Educativa Jesús de Nazaret (3,1%) y la Institución Educativa San Felipe Neri (6,3%). El tamaño de muestra se calculó basándose en una muestra de población finita (585 estudiantes de Ipiales), un error máximo del 0,04% y una confiabilidad del 0.95%. Para ello se hizo uso de la fórmula de muestreo para poblaciones finitas propuesta por Aguilar (2005).

$$n = \frac{N Z^2 pq}{d^2 (N-1) + Z^2 pq} \longrightarrow n = \frac{(3336) (0.95)^2 (0.30) (0.70)}{(0.04)^2 (3336 - 1) + (0.95)^2 (0.30) (0.70)}$$

Instrumentos

Para el desarrollo de esta investigación se utilizaron los siguientes instrumentos que hacen parte de una batería de pruebas, aplicada en el macro proyecto de la conducta suicida en población escolarizada de la ciudad de Ipiales.

1. “Inventario de Ideas Suicidas Positivas y Negativas” (*Positive and Negative Suicidal Ideation – PANSI*; Osman, Gutiérrez, et al., 1998), el cual fue adaptado por medio de la técnica de traducción simple. El PANSI es un cuestionario de 14 ítems, 6 de ideación suicida positiva (factores protectores) y 8 de ideación suicida negativa (factores de riesgo), que son evaluados en el marco de las últimas dos semanas y en los que se pregunta qué tan a menudo la persona ha presentado cada uno de los 14 pensamientos. La persona debe responder haciendo uso de una escala de 5 puntos que oscilan entre 0 (nunca) y 4 (siempre). Este inventario mostró una estructura bifactorial que explicaba el 64% de la varianza, en la cual el primer factor correspondió a ideas suicidas negativas; mientras que el segundo, abarcó pensamientos protectores ante el suicidio. Tanto la escala total y las subescalas tuvieron altos niveles de consistencia interna ($0,83 > r > 0,93$) y una buena validez de constructo al presentar relaciones significativas con medidas de ideas suicidas, desesperanza y depresión (Villalobos-Galvis, 2010 a).

2. “Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos” (*Center of Epidemiological Studies - Depression Scale – CESD*; Radloff, 1977) es una escala compuesta por 20 ítems, con 4 opciones de respuesta, que evalúa los síntomas de depresión durante las últimas 2 semanas, en población general. Los síntomas se agrupan en cuatro escalas derivadas factorialmente: ánimo depresivo, síntomas somáticos, problemas sociales y bienestar. El CES-D ha demostrado alta consistencia interna, fiabilidad test-retest, validez concurrente y validez de constructo (Radloff, 1977). En los estudios de Villalobos-Galvis (2010 b) se demostró que esta escala tiene una adecuada validez factorial y que su consistencia interna tiende a ser alta (0,88 y 0,89).

3. “Escala de Desesperanza de Beck” (*Beck Hopelessness Scale – BHS*; Beck, Weissman, Lester y Trexler, 1974) consta de 22 ítems, con formato de respuesta de falso y

verdadero, los cuales evalúan los tres aspectos más importantes de la desesperanza: sentimientos acerca del futuro, pérdida de la motivación y expectativas. Posee muy buenos datos de fiabilidad y obtiene resultados positivos respecto a su validez. Esta prueba fue adaptada y validada en población de estudiantes de San Juan de Pasto, demostrando una adecuada validez factorial y una alta consistencia interna (alfa de Cronbach = 0,83) (Villalobos-Galvis, 2006).

4. “Escala de autoestima de Rosenberg” (AER; Rosenberg, 1965) es una de las escalas más utilizadas en la medición global de la autoestima. Fue desarrollada originalmente para la evaluación de la autoestima en adolescentes e incluye 10 ítems cuyos contenidos se centran en los sentimientos de respeto y aceptación de sí mismo. La mitad de los ítems están redactados de manera positiva y la otra mitad de manera negativa. Es una escala que ha demostrado buenos niveles de fiabilidad y validez en diferentes contextos (Vázquez, Jiménez y Vázquez, 2004). Se hizo una adaptación y validación con una muestra de estudiantes de San Juan de Pasto, hallándose una composición bifactorial que discrimina entre ítems positivos y negativos y con una consistencia interna de 0,73 para la escala global (Villalobos-Galvis, 2006).

5. “Escala de Apoyo Social” (AS – Matud, 1998). Diseñada como una medida breve y de fácil aplicación de la percepción global de apoyo social disponible. La versión utilizada está compuesta por 13 ítems que recogen información sobre la percepción de disponibilidad de las personas que pueden prestar apoyo emocional e instrumental, así como información en las áreas personal, laboral y familiar. Para cada uno de los ítems las personas deben responder sobre las posibilidades de acceso a otras personas para que le brinden apoyo o ayuda con las necesidades afectivas, económicas, laborales, familiares, de entretenimiento y de consejo o guía. Todos los ítems se agrupan en un solo factor cuyo Alfa de Cronbach oscila entre 0,89 y 0,91. Además de consistencia interna, la escala ha mostrado validez de constructo en diferentes contextos (Matud *et al.*, 2002). Esta escala fue validada para este estudio con una muestra de estudiantes de la ciudad de Pasto, hallándose un solo factor y una consistencia interna de 0,9.

6. “Escala de Eventos Vitales Estresantes para Adolescentes de la Universidad de Nariño” – EEVA, es un instrumento desarrollado a partir de la identificación de eventos vitales relevantes para adolescentes y jóvenes, según la literatura científica. La prueba se

compone de 28 sucesos vitales, ante los cuales el evaluado debe especificar si los ha vivido o no en los últimos 6 meses y, en caso positivo, definir en qué medida le afectó, con una escala Likert de 3 opciones (mucho, poco o nada). La prueba fue validada por medio de la técnica de revisión de jueces, quienes evaluaron la escala en términos de su suficiencia (si abarcaban la mayor cantidad posible de los eventos vitales estresantes –EVE- típicos de la población de estudio), relevancia (si los ítems representaban eventos que pueden generar un impacto significativo en la vida de quien los reporta) y claridad (si los ítems son comprensibles para las personas a quienes van dirigidos). En este sentido la evaluación dada por los jueces fue de 0,97, 0,95 y 0,96, respectivamente. La escala mostró igualmente altos niveles de estabilidad, al hallarse una correlación de 0,79 ($p < 0,001$), entre dos aplicaciones con una diferencia de 2 meses (Villalobos-Galvis, 2006).

7. “Inventario de Solución de Problemas Sociales” (*Social Problem Solving Inventory – SPSI*; D`Zurilla, Nezu y Maydeu-Olivares, 1997). El primer factor esta compuesto por los ítems relacionados con la solución adecuada de problemas; mientras que el segundo aglutina los ítems que implican una inadecuada solución de problemas. La escala total tiene una consistencia interna de 0,86; mientras que la del primer factor es de 0,86 y la del segundo 0,82. Este inventario mostró relaciones significativas ($r = 0,82$) con medidas de estrés percibido (Villalobos-Galvis, 2006).

8. “Inventario de Razones para Vivir” (*Reasons For Living Inventory – RFL*, Linehan, Goodstein, Nielsen y Chiles, 1983) fue desarrollado especialmente para evaluar creencias, expectativas e intereses como atributos adaptativos o “amortiguadores” (buffers) contra las conductas suicidas. Esta prueba fue validada en estudiantes de colegios (Moreno, 2007) y universidades (Rosero, 2008) de San Juan de Pasto, demostrando la pertinencia de una solución de 6 factores, a saber: a) autoconcepto, b) familia, c) amigos, d) miedo al suicidio, e) expectativas frente al futuro y f) recursos de afrontamiento. Además, mostró relaciones positivas con variables protectoras frente al suicidio (autoestima, apoyo social, resiliencia frente al suicidio) y relaciones negativas con las de riesgo (ideas suicidas, depresión y desesperanza). Las medidas de consistencia interna de esta prueba en tales estudios de adaptación oscilaron entre 0,91 y 0,96.

Procedimiento

Una vez identificada la población con la cual se llevó a cabo la investigación, se presentó por parte de los investigadores, una carta solicitando permiso oficial a la institución para poder llevar a cabo la aplicación de las pruebas.

Se recibió una respuesta favorable, y se realizó una selección aleatoria de los cursos para cada grado, teniendo en cuenta el número de estudiantes. Posteriormente se envió una carta dirigida a los padres de familia de los estudiantes seleccionados solicitando permiso oficial para que sus hijos participen de la investigación, de igual manera se anexó el consentimiento informado.

Como siguiente paso se efectuó una reunión con cada curso seleccionado, con el objetivo de informar sobre el proyecto a trabajar e invitar a que participen de la investigación y solicitarles su aprobación.

Consideraciones Éticas

Al ser una investigación que se refiere al estudio con seres humanos, se ajusta a los valores y principios éticos universalmente proclamados, de acuerdo al art. 3 de la Ley 1090 del código deontológico de psicología; los psicólogos encargados de la investigación abordaron el estudio respetando la dignidad y bienestar de las personas participantes guiándose con las normas legales y cumpliendo los estándares profesionales que regulan la investigación con participantes humanos.

Las personas que participaron de la investigación fueron informadas de manera verbal y por escrito sobre el estudio en el cual participaron, del estado de la investigación, sus objetivos, potenciales beneficios, riesgos e inconvenientes, personas responsables de la investigación, la confidencialidad de la información, aclarando que la información obtenida sólo se utilizará para fines autorizados teniendo en cuenta el artículo 2 del código deontológico y bioético del psicólogo en Colombia.

De igual manera se tuvo en cuenta los derechos de las personas y responsabilidades durante la investigación; asegurándose que su participación en el estudio sea compatible con sus valores, intereses y preferencias.

Una vez el participante estaba informado del trabajo que se desarrolló, se prosiguió con la entrega del consentimiento informado, el cual fue diligenciado por directivos de la

institución, padre de familia o persona responsable y por el participante que formó parte de la investigación (Ver anexo 1).

En este apartado se hace énfasis en la participación voluntaria; si alguno de los participantes no quería ser parte de la investigación únicamente debía diligenciar el formato de no respuesta el cual presentaba variables como género, edad, curso, y el nombre de la institución (Ver Anexo 3). Finalmente la persona fue informada de que puede retirarse de la investigación en cualquier momento y este acto no presentaría ninguna consecuencia de tipo negativa.

RESULTADOS

Relaciones entre variables que componen el MIEIS

Teniendo en cuenta las correlaciones entre variables de estudio, se analiza que todas las variables resultan altamente significativas ($p < 0,001$), indicando que se presenta importantes relaciones en los constructos, siendo coherentes las direcciones de las correlaciones (Véase tabla 1).

Tabla 1
Matriz de correlación entre las variables de estudio

	EEVA	CESD	BHS	AE	AS	SP	RFL
CESD	0,332**						
BHS	0,266**	0,300**					
AE	-0,221**	-0,432**	-0,325**				
AS	-0,235**	-0,417**	-0,287**	0,424**			
SP	-0,234**	-0,498**	-0,341**	0,506**	0,495**		
RFL	-0,315**	-0,473**	-0,440**	0,432**	0,571**	0,491**	
PANSI	0,285**	0,536**	0,364**	-0,530**	-0,556**	-0,594**	-0,588**

Nota: EEVA: Eventos vitales estresantes; BHS: Desesperanza; CESD: Desesperanza; AE: Autoestima; AS: Apoyo social; SP: Solución de problemas; RPL: Razones para vivir; PANSI: Ideación suicida. ** = $p < 0,001$.

Se observa también que las variables con mayores correlaciones con las demás fueron: ideación suicida, con solución de problemas y con razones para vivir.

De igual manera se puede observar en la tabla 2, las relaciones positivas que se presentan entre todas las variables de riesgo psicológico (depresión, desesperanza y eventos vitales estresantes), sobresaliendo las relaciones entre depresión y desesperanza y entre depresión y eventos vitales estresantes.

De igual forma, entre las variables de protección (autoestima, apoyo social, solución de problemas y razones para vivir) se presentan relaciones positivas y altamente

significativas en todos los casos, destacándose las asociaciones entre apoyo social y razones para vivir, así como entre autoestima y solución de problemas.

Analizando las relaciones negativas entre variables protectoras y de riesgo se observa relaciones negativas altamente significativas, resaltando la variable depresión con solución de problemas y razones para vivir.

Finalmente, observamos que las ideas suicidas presentan relaciones negativas con las variables de protección, destacándose la correlación con la solución de problemas y razones para vivir; mientras que tiene relaciones positivas con las variables de riesgo, sobresaliendo la variable depresión.

Relaciones predictivas entre las variables de estudio y la ideación suicida

Relaciones predictivas en la muestra total

Se utilizó la técnica de regresión múltiple, con el método stepwise para realizar el análisis de las relaciones de predicción entre las variables de estudio y la ideación suicida. De las siete variables del modelo, en la muestra total se incluyeron sólo cinco de ellas, (razones para vivir, depresión, solución de problemas, autoestima y desesperanza) alcanzando este modelo un 58,3% de varianza explicada; las variables apoyo social y eventos vitales estresantes, no se incluyeron dentro de este modelo debido a que su coeficiente de correlación es cercano a 0.

En relación al nivel predictivo entre cada variable, razones para vivir mostró un 38,2% de varianza, seguido por la depresión con 49,4%, la solución de problemas con 55,1%, autoestima con 57% y finalmente se encuentra ubicada la desesperanza 58,3 de varianza (véase tabla 2).

Tabla 2
Relaciones predictivas en la muestra total.

Variable	R2	R2 Ajustado	F	F Cambio	P de cambio	Coeficiente		T	p	
						No Tipificado	Coeficiente Tipificado			
						B	Error B. Estand			
CONSTANTE						62,484	4,006	15,597	0,000	
RFL	0,382	0,381	35,1	351,594	0,000	-0,266	0,035	-0,270	-7,672	0,000
CESD	0,494	0,493	27,7	125,540	0,000	0,255	0,032	0,256	7,907	0,000
SP	0,551	0,548	23,1	71,215	0,000	-0,212	0,034	-0,212	-6,214	0,000
AE	0,570	0,567	18,7	25,218	0,000	-0,160	0,034	-0,160	-4,746	0,000
BHS	0,583	0,579	15,7	17,593	0,000	0,132	0,031	0,132	4,194	0,000

La variación de la ideación suicida fue explicada en buena manera por las variables que integran el modelo, el cual resultó altamente significativo ($F= 157.72$; $gl_1= 5$; $gl_2= 564$; $p<0,001$)

Relaciones Predictivas según sexo

Mujeres. El modelo estadístico que mejor explicó la predicción de ideación suicida en el caso de las mujeres incluyó 5 variables (Razones para vivir, Solución de problemas, depresión, Desesperanza y Autoestima), lográndose una explicación del 63,4% de la varianza (véase tabla 3). Las variables que no se incluyeron en este modelo fueron eventos vitales estresantes y apoyo social.

Tabla 3
Relaciones predictivas en mujeres

Variable	R2	R2 Ajustado	F	F Cambio	P de cambio	Coeficiente		Coeficiente		T	P
						No Tipificado	Tipificado	Tipificado			
						B	Error	B. Estand			
CONSTANTE						65,85	5,86			11,237	0,000
RFL	0,470	0,468	260,084	260,084	0,000	-0,286	0,054	-0,270		-5,309	0,000
SP	0,563	0,560	188,364	62,263	0,000	-0,252	0,049	-0,235		-5,124	0,000
CESD	0,609	0,605	150,815	33,626	0,000	0,242	0,045	0,236		5,361	0,000
BHS	0,625	0,620	121,026	13,000	0,000	0,155	0,044	0,146		3,518	0,001
AE	0,640	0,634	102,858	11,934	0,001	-0,166	0,048	-0,156		-3,455	0,001

La primera variable incluida en el modelo es Razones para vivir con un 46,8% de varianza, superando el aporte de las demás variables, siendo altamente significativo $p=0,000$. Le siguen en orden de importancia: Solución de problemas Depresión, Desesperanza y Autoestima (ver tabla 3).

La variación de la ideación suicida fue explicada en buena manera por las variables que integran el modelo, el cual resultó significativo ($F= 102.86$; $gl_1= 5$; $gl_2= 289$; $p=0,001$).

Finalmente, en la tabla 3 se presentan los coeficientes de regresión de cada una de las variables incluidas en el modelo, demostrándose para todos los casos que su aporte a la predicción de la ideación suicida es altamente significativo ($p<0,005$).

Hombres. Por otra parte, en el género masculino el modelo de regresión de ideación suicida incluyó seis variables de estudio; consiguiendo un 48,7% de explicación de la varianza de la ideación suicida. La única variable que no aportó al modelo fue Eventos vitales estresantes.

Dentro de este modelo la variable que mayor aporte presenta a la explicación de ideación suicida en hombres es razones para vivir con una varianza del 27,4%, seguida por la depresión, solución de problemas, autoestima, apoyo social y desesperanza con una varianza total explicada del 48,7% (ver tabla 4).

Tabla 4
Relaciones predictivas en hombres

Variable	R2	R2 Ajustado	F	F Cambio	P de cambio	Coeficiente No Tipificado		Coeficiente Tipificado	T	P
						B	Error	B. Estand		
CONSTANTE						65,38	5,65		11,578	0,000
RFL	0,276	0,274	104,318	104,318	0,000	-0,205	0,045	-0,238	-4,518	0,000
CESD	0,394	0,389	88,404	52,725	0,000	0,193	0,050	0,196	3,858	0,000
SP	0,449	0,443	73,631	27,111	0,000	-0,138	0,048	-0,157	-2,903	0,004
AE	0,475	0,467	61,030	13,246	0,000	-0,143	0,046	-0,161	-3,081	0,002
AS	0,488	0,479	51,304	6,987	0,009	-0,132	0,049	-0,146	-2,715	0,007
BHS	0,499	0,487	44,433	5,646	0,018	0,105	0,044	0,118	2,376	0,018

La variación de la ideación suicida en el modelo para hombres fue explicada en buena manera por las variables que integran el modelo, el cual resultó altamente significativo (F= 44.433; gl1= 6; gl2= 268; p>0,001).

Todas las variables que se incluyen dentro de este modelo presentan un aporte significativo (p<0,01) a la predicción de los valores de la ideación suicida, siendo las más relevantes las variables razones para vivir y depresión (véase tabla 4).

Comparación por sexo

Al comparar los modelos predictivos tanto para mujeres, como para hombres; se evidencia el papel explicativo que presenta la variable razones para vivir, estableciéndose en ambos géneros como el principal predictor. Por otra parte, la solución de problemas representó un aporte significativo en el modelo para mujeres ubicándose en un segundo lugar y en el modelo para hombres se ubica en un tercer lugar; con una varianza explicada de 56% para mujeres y 44,3% para hombres.

Para el modelo en hombres la segunda variable con mayor poder predictivo es la variable depresión ubicándose en las mujeres en un tercer lugar; por otra parte la variable desesperanza se ubica en un cuarto lugar para mujeres y en el modelo de los hombres se establece en el último lugar. Para el caso de las mujeres la variable que se ubica en último lugar es autoestima y en el caso de los hombres se encuentra en un cuarto lugar.

Finalmente la variable apoyo social es significativa para el modelo en hombres ubicada en un quinto lugar y en el modelo de mujeres no se incluye.

Relaciones predictivas según grupo etario

Pre adolescencia. Entre adolescentes en edades de 10 a 11 años, el modelo de regresión múltiple incluye solamente tres de las siete variables planteadas en el modelo integrador explicativo de la ideación suicida: solución de problemas, razones para vivir y autoestima, es decir, que el aporte de depresión, apoyo social, desesperanza y eventos vitales estresantes en esta etapa evolutiva no es significativo. No obstante las pocas variables, este modelo consigue un 54,2% de nivel explicativo.

En este modelo la variable que ofrece un mayor aporte es la solución de problemas con un 5,2% de varianza seguida por razones para vivir y autoestima (véase tabla 5).

Tabla 5
Relaciones predictivas en preadolescentes

Variable	R2 Ajustado	F	F Cambio	P de cambio	Coeficiente No Tipificado		Coeficiente Tipificado	T	P
					B	Error	B. Estand		
CONSTANTE					94,520	4,695		20,133	0,000
SP	0,414	52,529	52,529	0,000	-0,365	0,084	-0,418	-4,367	0,000
RFL	0,508	38,695	14,796	0,000	-0,295	0,080	-0,314	-3,692	0,000
AE	0,542	29,823	6,301	0,014	-0,218	0,087	-0,233	-2,510	0,014

La variación de la ideación suicida fue explicada por las variables que integran el modelo, el cual resultó con un poder significativo (F= 29.82; g1= 3; g2= 70; p>0,001).

Finalmente, según los resultados de la tabla 6 se puede afirmar que las tres variables implicadas en el modelo presentan un aporte significativo a la predicción de los valores de la ideación suicida en el grupo de pre adolescencia (p<0,01).

Adolescencia temprana. Para el grupo de estudiantes que se encuentran en un rango de edades comprendido entre los 12 y 14 años, las variables que se incluyen en el modelo para la predicción de la ideación suicida son cinco: razones para vivir con una varianza de 39,1%, seguida por depresión, solución de problemas, desesperanza y apoyo social. Excluyéndose de este modelo las variables autoestima y eventos vitales estresantes.

La variación de la ideación suicida fue explicada por las variables que integran el modelo, el cual resultó significativo ($F= 74.77$; $gl_1= 5$; $gl_2= 257$; $p>0,001$).

Los coeficientes de cada una de las variables incluidas en el modelo resultaron significativos ($p<0,01$) a excepción de la variable apoyo social ($p>0,01$), lo cual implica que no puede ser considerada en la predicción de la ideación suicida para este grupo etario (véase tabla 6).

Tabla 6
Relaciones predictivas en adolescencia temprana

Variable	R2	R2 Ajustado	F	F Cambio	P de cambio	Coeficiente No Tipificado		Coeficiente Tipificado	T	P
						B	Error	B. Estand		
CONSTANTE						61,410	6,058		10,137	0,000
RFL	0,389	0,391	167,783	167,783	0,000	-0,271	0,053	-0,270	-5,071	0,000
CESD	0,511	0,123	137,851	66,082	0,000	0,296	0,052	0,273	5,751	0,000
SP	0,568	0,058	115,844	35,376	0,000	-0,253	0,053	-0,237	-4,758	0,000
BHS	0,578	0,012	90,786	7,241	0,008	0,133	0,048	0,130	2,790	0,006
AS	0,585	0,008	74,771	5,033	0,026	-0,122	0,055	-0,116	-2,243	0,026

Adolescencia media. En el grupo de estudiantes entre 15 y 17 años de edad se encontró que el mejor modelo estaba compuesto por cuatro variables, a saber: razones para vivir con un 41,5% de varianza, seguida por Autoestima, Depresión y Desesperanza y con las cuales se tiene un 59,6% de varianza explicada para el modelo. Para este caso no se incluyen las variables apoyo social, solución de problemas y eventos vitales estresantes.

La variación de la ideación suicida fue explicada por las variables que integran el modelo, el cual resultó con un alto poder significativo ($F= 80.70$; $gl_1= 4$; $gl_2= 212$; $p>0,001$).

Finalmente, las pruebas de hipótesis de los coeficientes de regresión de las variables incluidas en el modelo, resultaron estadísticamente significativas ($p<0,005$), lo cual implica que pueden ser consideradas en la predicción de valores específicos de la ideación suicida en este grupo (véase tabla 7).

Tabla 7
Relaciones predictivas en adolescencia media

Variable	R2	R2 Ajustado	F	F Cambio	P de cambio	Coeficiente No Tipificado		Coeficiente Tipificado		T	P
						B	Error	B. Estand			
						CONSTANTE					
RFL	0,413	0,415	152,748	152,748	0,000	-0,229	0,060	-0,233	-	0,000	
AE	0,519	0,108	117,610	48,632	0,000	-0,297	0,052	-0,315	-	0,000	
CSD	0,586	0,068	102,986	35,650	0,000	0,269	0,046	0,305	5,719	0,000	
BHS	0,596	0,012	80,705	6,250	0,013	0,151	0,060	0,130	2,500	0,013	

Adolescencia tardía. Para los jóvenes con edades comprendidas entre 18 y 20 años el modelo incluye solamente la variable apoyo social con un poder explicativo de 47,3%. No incluyéndose las variables: razones para vivir, autoestima, depresión, desesperanza, solución de problemas y eventos vitales estresantes (véase tabla 8).

Tabla 8
Relaciones predictivas en adolescencia tardía

Variable	R2	R2 Ajustado	F Cambio	P de cambio	Coeficiente No Tipificado		Coeficiente Tipificado		T	P
					B	Error	B. Estand			
					CONSTANTE					
AS	0,435	0,473	12,566	0,003		-0,426	0,120	-0,688	-3,545	0,003

La variación de la ideación suicida fue explicada por las variables apoyo social, el cual resultó con un alto poder significativo (F= 12.57; g1= 1; g2= 14; p>0,001).

Finalmente, el coeficiente de regresión para la variable incluida en el modelo predictivo resultó significativos (p<0,005), siendo un posible predictor para la ideación suicida en adolescencia tardía.

Comparaciones con grupo etario

Al tomar en consideración los análisis realizados para cada uno de los grupos etarios, se encuentra que en los tres modelos la variable de Razones para vivir, en adolescencia temprana y adolescencia media es la que más alta varianza presenta y en pre adolescencia se ubica en segundo lugar en cuanto al orden de importancia.

Por su parte, la variable solución de problemas presentó un nivel de importancia en la etapa de pre adolescencia ocupando el primer lugar y en la adolescencia temprana ubicado en el tercer lugar, mas no se presentó en adolescencia media y tardía; mientras que autoestima fue significativa en la etapa de pre adolescencia y adolescencia media; la variable apoyo social fue la única variable significativa en la adolescencia tardía y en adolescencia temprana ocupando el quinto lugar. Por otro lado, las variables depresión y desesperanza se encuentran presentes en los modelos de adolescencia temprana y adolescencia media.

Al revisar el poder explicativo de los modelos calculados en relación a grupo etario se observa que la mayor distribución explicada se alcanza en la adolescencia media (59,6%); mientras que el más bajo se da en la adolescencia tardía (43,5%).

Para terminar, se observa que ninguno de los modelos incluyó a todas las variables predictoras, ya que su aporte a la explicación de la variación de las ideas suicidas no fue estadísticamente significativa en todos los casos.

Capacidad explicativa del Modelo

Este análisis se hace con el objetivo de determinar la capacidad explicativa de la ideación suicida que tiene el Modelo Integrador Explicativo de la ideación suicida en estudiantes de secundaria de la ciudad de Ipiales.

Capacidad explicativa del modelo en la muestra total

En relación con los cambios presentados por los coeficientes de determinación, se observa que las principales relaciones son las que se presentan entre: autoestima y apoyo social, autoestima y solución de problemas, razones para vivir e ideación suicida, depresión e ideación suicida y finalmente eventos vitales estresantes y autoestima (véase figura 2).

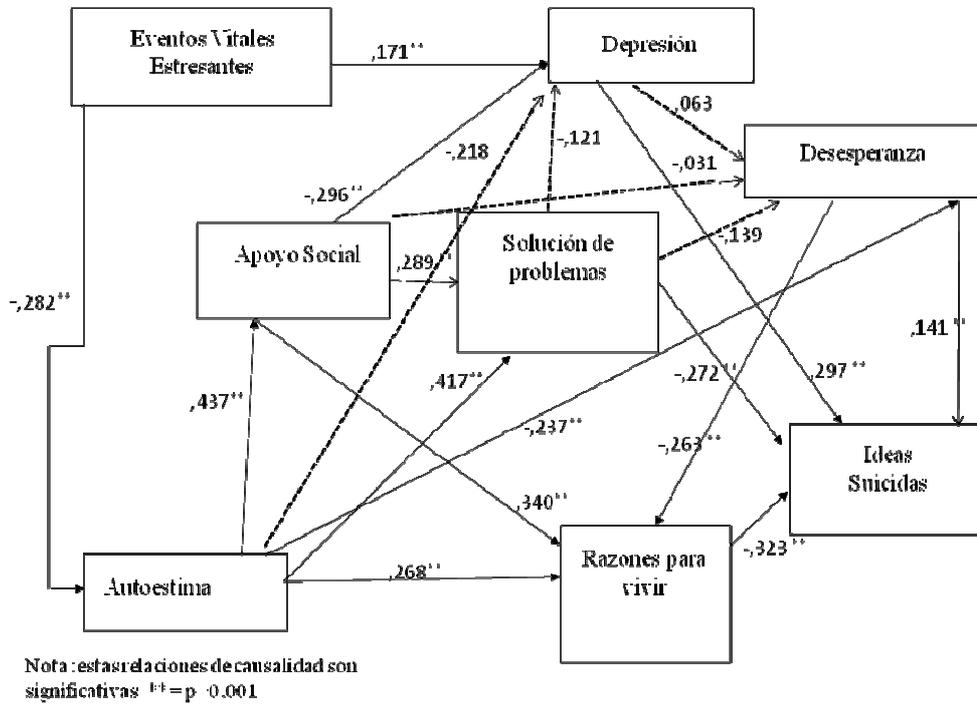


Figura 2. Diagrama de trayectorias del MIEIS para la muestra total

Al analizar las relaciones de predicción del modelo en la muestra total, éste no fue altamente significativo puesto que su RMR fue mayor a 0,005; al igual que el error máximo (RMSEA>0,001).

Por otra parte, al observar el valor de Chi cuadrado para el modelo en la muestra total, se encontró que fue significativo con una ($p < 0,005$) (véase tabla 10), lo que indica una distancia significativa entre el modelo teórico y el modelo empírico. Por su parte, los índices de bondad de ajuste GFI superan al 0,95, mientras que en el AGFI alcanzan niveles de 0,85 indicando con ello un bajo nivel de ajuste.

Tabla 9
Índices de ajuste del modelo

	Total	Hombres	Mujeres	Pre Adolescencia	Adolescencia Temprana	Adolescencia Media	Adolescencia Tardía
X2	83,209	34,208	57,990	16,042	43,614	34,502	8,059
P	0,000	0,000	0,000	0,066	0,000	0,000	0,528
CMIN/DF	9,245	3,801	6,443	1,782	4,846	3,834	0,895
RMR	9,098	5,694	12,9999	12,795	12,709	5,352	12,771
GFI	0,963	0,969	0,951	0,945	0,985	0,960	0,866
AGFI	0,854	0,875	0,803	0,780	0,834	0,840	0,463
RMSEA	0,120	0,101	0,136	0,104	0,121	0,115	0,000
Hoelter 0,05	116	136	86	77	102	106	32
Hoelter 0,01	149	174	110	99	131	136	41

Finalmente, los valores estadísticos de Hoelter permiten suponer que este modelo no puede ser generalizado a la población, puesto que su valor es menor a 200 (ver tabla 10).

Capacidad explicativa del modelo según sexo

Mujeres. Al analizar las relaciones de predicción en el grupo de mujeres resultaron significativas ($p < 0,001$) todas las relaciones a excepción de las presentadas entre: depresión- desesperanza; apoyo social- desesperanza; solución de problemas- depresión y solución de problemas y desesperanza (véase figura 3). Por tal razón en este modelo no se demuestran todas las relaciones que se proponen desde el MIEIS.

Al analizar las relaciones de predicción en el modelo para mujeres, se podría plantear que no fue altamente significativo puesto que su RMR fue superior a 10; y el error máximo es de 0,13 (ver tabla 10).

De igual manera al analizar el valor de Chi cuadrado para el modelo en mujeres, este es significativo con una $p < 0,005$ (ver tabla 10). Por su parte, si bien el índice de bondad de ajuste GFI supera al 0,9, el AGFI no es muy superior al 0,8; esto implica que no

hay una cercanía muy fuerte entre el modelo teórico y las relaciones que existen entre las variables del modelo empírico.

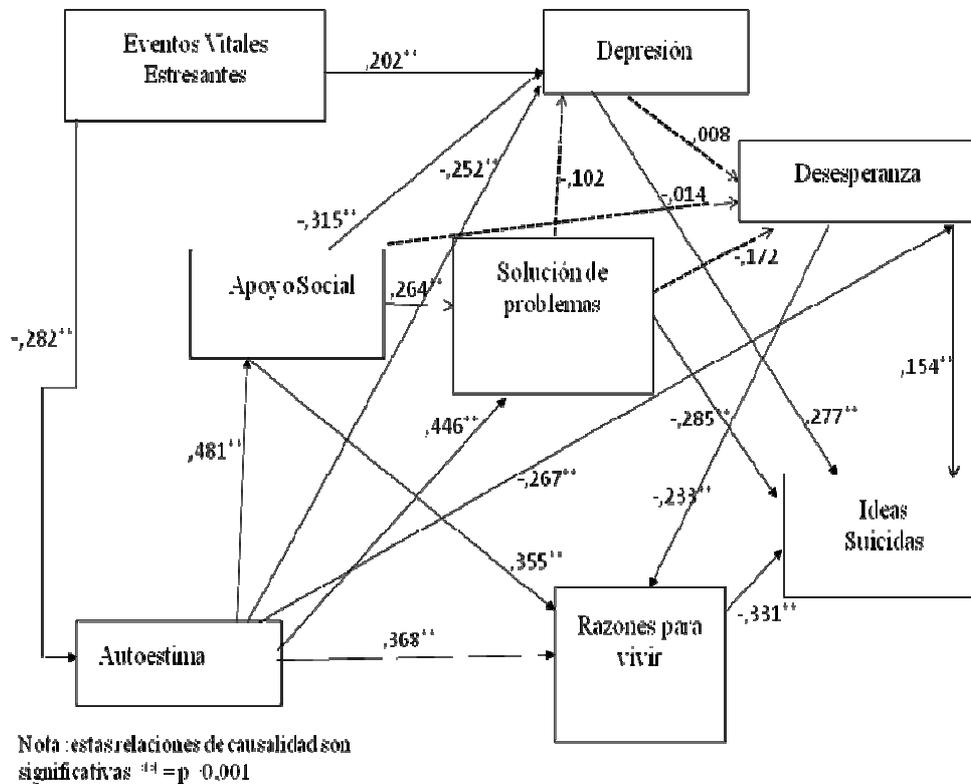


Figura 3. Diagrama de trayectorias del MIEIS en mujeres.

Finalmente, los valores estadísticos de Hoelter permiten suponer que este modelo al igual que el modelo general no puede ser generalizado a la población de mujeres, puesto que su valor es menor a 200 (ver tabla 10).

Hombres. Al analizar las relaciones de predicción en el grupo de hombres, éstas resultaron significativas (p < 0,001), a excepción de las relaciones encontradas entre eventos vitales estresantes - depresión; autoestima - depresión; solución de problemas - depresión; solución de problemas - desesperanza; autoestima- desesperanza; y apoyo social y desesperanza. Con lo anteriormente mencionado se observa que muchas de las relaciones incluidas en el MIES no forman parte en el modelo para hombres (véase figura4).

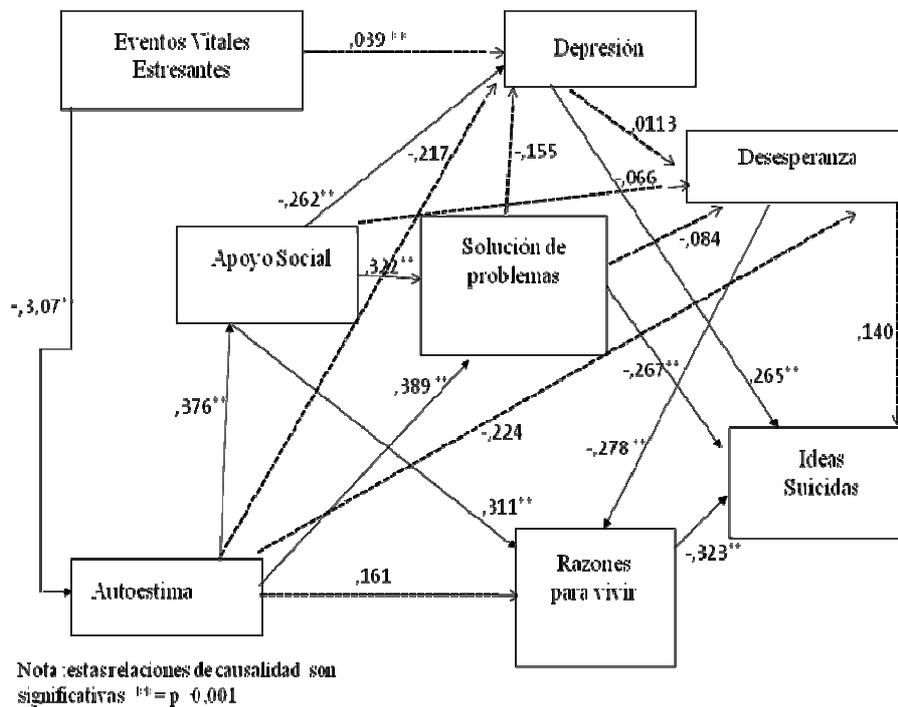


Figura 4. Diagrama de trayectorias del MIEIS en hombres.

En el momento de analizar las relaciones de predicción en el modelo para hombres, se podría plantear que fue significativo puesto que su medida de error es de 5,6 (RMR >0,005); de igual manera el error máximo es de 0,1 (RMSEA>0,001). (Ver tabla 10).

Continuando con el análisis de trayectoria se encuentra el valor de Chi cuadrado para el modelo en hombres, el cual es significativo con una $p < 0,005$ (ver tabla 10). Con lo cual se podría plantear que el modelo no podría funcionar para esta población. Por otra parte el índice de bondad de ajuste GFI supera al 0,95 mientras que en el AGFI se acerca al 0,9.

Finalmente, los valores estadísticos de Hoelter 174, permiten suponer que este modelo tampoco puede ser generalizado a la población masculina, puesto que su valor es menor a 200 (ver tabla 10).

Capacidad explicativa del modelo según grupo etario

Pre adolescencia. Al analizar las relaciones de predicción del MIEIS en el grupo de preadolescentes, la mayoría de las relaciones presentadas en el modelo no fueron significativas ($p > 0,001$). Por tal razón no se asume como un modelo estadísticamente significativo.

Según los resultados del análisis; la variable que genera mayor aporte al modelo es solución de problemas, encontrándose que la interacción de la variable solución de problemas e ideación suicida resulta altamente significativa en relación a las otras interacciones.

Por otra parte, entre las relaciones que no fueron significativas, presentando los menores valores, están eventos vitales estresantes y depresión, apoyo social y desesperanza, solución de problemas y desesperanza, depresión y desesperanza (ver figura 5).

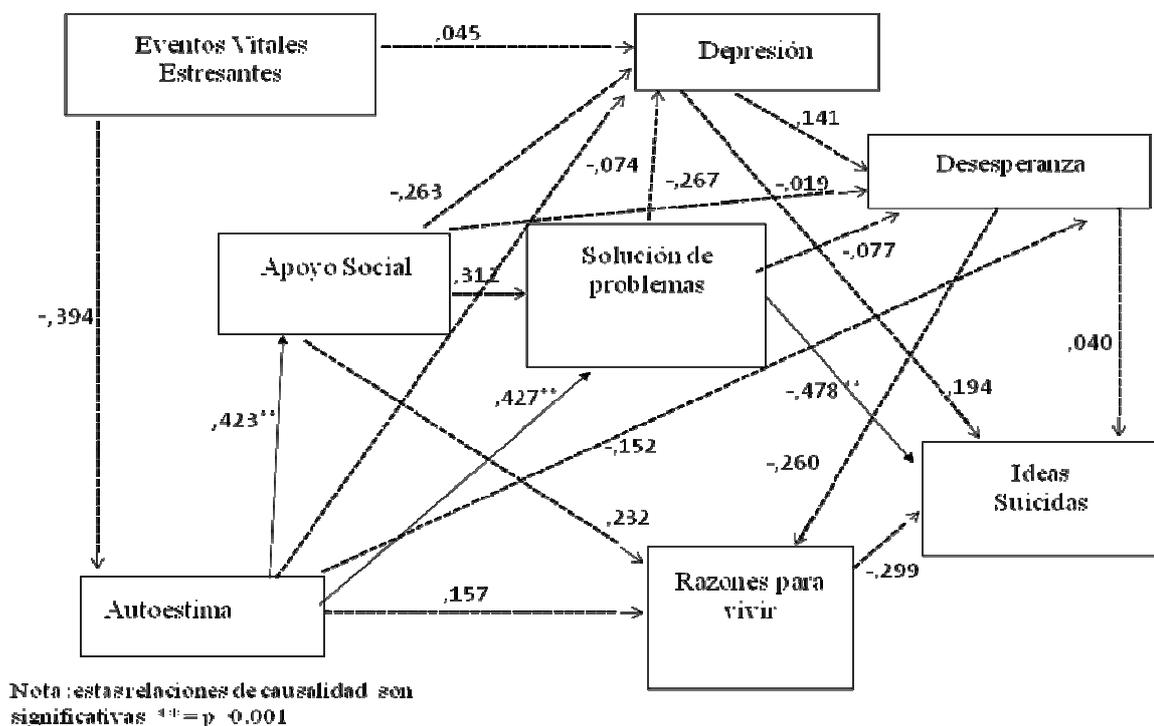


Figura 5. Diagrama de trayectorias del MIEIS en la pre adolescencia

En el análisis de las relaciones de predicción en el modelo para el grupo de pre adolescencia, se podría plantear que su medida de error es de 12,7 (RMR >0,005); de igual manera el error máximo es de 0,1 (RMSEA>0,001), (ver tabla 10).

Continuando con el análisis de trayectorias se encuentra que el valor de Chi cuadrado para el modelo en pre adolescentes, es significativo con una $p > 0,005$ (ver tabla 10), con lo cual se podría plantear que el modelo sí podría funcionar para esta población. Por otra parte, el índice de bondad de ajuste GFI superan al 0,9 mientras que en el AGFI no alcanzan siquiera el valor de 0,8; esto implica que no se presenta cercanía entre el modelo teórico y las relaciones que existen entre las variables del modelo empírico.

Finalmente, los valores estadísticos de Hoelter, permiten suponer que este modelo tampoco puede ser generalizado a la población pre adolescente, puesto que su valor es menor a 200 (ver tabla 10).

Adolescencia temprana. Al analizar las relaciones de predicción en el grupo de adolescencia temprana, se observó que ellas resultaron significativas ($p < 0,001$), a excepción de las siguientes relaciones: depresión – desesperanza; solución de problemas – depresión; apoyo social – desesperanza; solución de problemas – desesperanza y finalmente desesperanza – ideación suicida (véase figura 6).

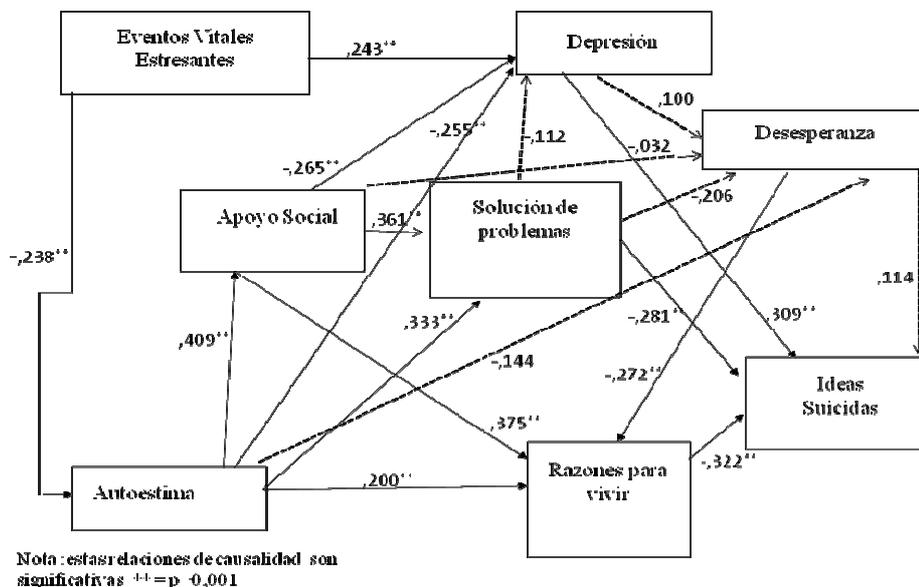


Figura 6. Diagrama de trayectorias del MIEIS en la adolescencia temprana.

Al realizar el análisis del ajuste del modelo para el grupo de adolescencia temprana, el error máximo es de 0,1 (RMSEA>0,001) y la medida de error es de 12,7 (RMR > 0,005) presentando el modelo un índice alto de error (ver tabla 10).

Por otra parte, se encuentra que el valor de Chi cuadrado para el modelo en la adolescencia temprana, es un valor significativo con una $p < 0,005$ (ver tabla 10), con lo cual se podría plantear que el modelo no es funcional para esta población. Por otra parte los índices de bondad de ajuste GFI se acercan al 1 mientras que el AGFI se acerca a niveles de 0,9; esto implica que no es clara la cercanía entre el modelo teórico y las relaciones que existen entre las variables del modelo empírico.

Finalmente, los valores estadísticos de Hoelter, permiten suponer que este modelo al igual que los anteriores, no puede ser generalizado a la población en adolescencia temprana, puesto que su valor es menor a 200 (ver tabla 10).

Adolescencia media. Al analizar las relaciones de predicción en el grupo de adolescencia media, éstas resultaron significativas ($p < 0,001$); exceptuando las relaciones que se presentan entre las variables: Eventos vitales estresantes – depresión; solución de problemas – depresión; depresión - desesperanza; solución de problemas – desesperanza; autoestima – desesperanza y desesperanza e ideación suicida (véase figura 7).

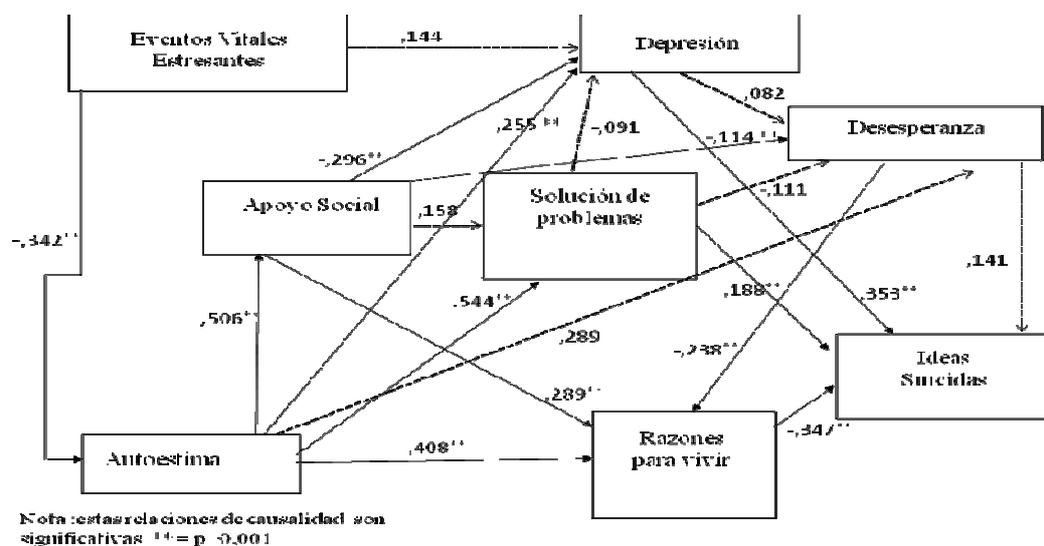


Figura 7. Diagrama de trayectorias del MIEIS en la adolescencia media.

En el análisis de las relaciones de predicción en el modelo para el grupo de adolescencia media se observa que el error máximo es ligeramente superior a 0,1 (RMSEA>0,001) y la medida de error es de 5,3 (RMR > 0,005) por lo cual se podría manifestar que el modelo tiene un ligero índice de error (ver tabla 10).

Prosiguiendo con el análisis de trayectoria se encuentra que el valor de Chi cuadrado para el modelo de adolescencia media es significativo con una $p < 0,005$ (ver tabla 10), con lo cual se podría plantear que el modelo no es funcional para esta población. Por otra parte el índice de bondad de ajuste GFI supera al 0,9 mientras que en el AGFI alcanza niveles de 0,8; con lo que se podría decir que se presenta cercanía entre el modelo teórico y las relaciones que existen entre las variables del modelo empírico.

Por último, los valores estadísticos de Hoelter, permiten suponer que este modelo al igual que los anteriores, no puede ser generalizado a la población de adolescencia media, puesto que su valor es menor a 200 (ver tabla 10).

Adolescencia Tardía. Analizando las relaciones de predicción del MIEIS en el grupo de adolescencia tardía, varias de ellas no fueron estadísticamente significativas ($p > 0,001$); siendo relevante solamente la relación presentada entre Autoestima y Razones para vivir (véase figura 8).

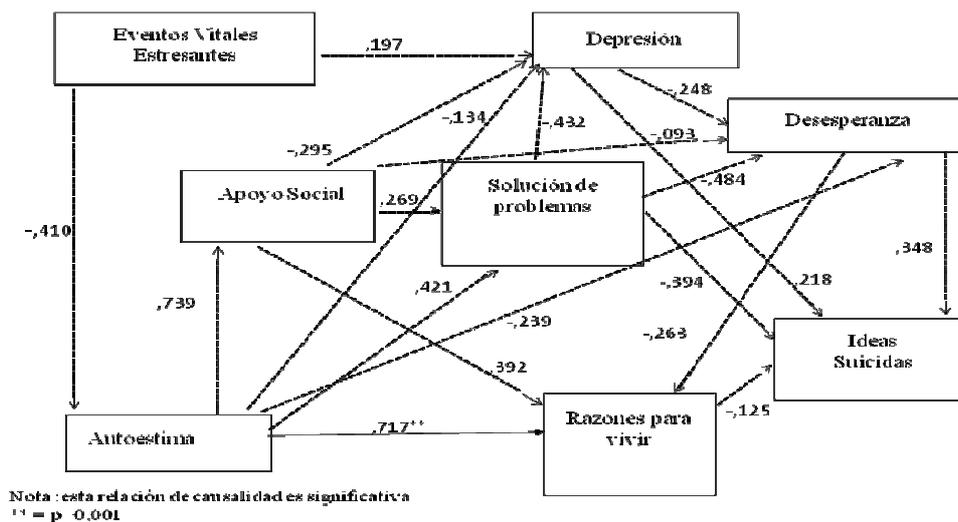


Figura 8. Diagrama de trayectorias del MIEIS en adolescencia tardía.

En el diagrama de la figura 8 se evidencia que la relación entre dos variables de riesgo (depresión y desesperanza) es negativa; contradiciendo la hipótesis de trabajo de que propone una relación positiva. Realizando el análisis de las relaciones de predicción en el modelo para el grupo de adolescencia tardía, se observa que aunque el error máximo es de 0,0 (RMSEA<0,001), indicando que el modelo tendría un bajo índice de error, la medida de error es de 12,7 (RMR > 5) desvirtuando la idoneidad del modelo (véase tabla 10). Continuando con el análisis de trayectorias se encuentra un valor de Chi cuadrado para el modelo de adolescencia tardía con una $p>0,05$ (ver tabla 10), con lo cual se podría plantear que el modelo sí funciona para esta población. No obstante, los índices de bondad de ajuste son GFI=0,87, mientras que en el AGFI alcanza niveles de 0,43; con lo cual se podría decir que no se presenta cercanía entre el modelo teórico y las relaciones que existen entre las variables del modelo empírico.

Finalmente, los valores estadísticos de Hoelter, permiten suponer que este modelo al igual que los anteriores, no puede ser generalizado al grupo poblacional, puesto que su valor es menor a 200 (ver tabla 10). Finalmente, al realizar el análisis de cada uno de los modelos propuestos hasta el momento, coinciden en los grupos etarios aquellas relaciones que no fueron significativas, las cuales son, apoyo social, solución de problemas y depresión con la variable desesperanza y finalmente desesperanza e ideación suicida.

DISCUSIÓN

El presente trabajo tuvo como objetivo determinar la validez del Modelo Integrador Explicativo de la Ideación Suicida - MIEIS, compuesto por 7 variables (depresión, desesperanza, eventos vitales estresantes, solución de problemas, autoestima, apoyo social y razones para vivir) en estudiantes de secundaria del sector urbano de la ciudad de Ipiales, de acuerdo con el sexo y el grupo etario. Inicialmente se mostró que grupo etario, institución y nivel académico no presentan diferencias significativas en lo referente a la ideación suicida. También se demostró que de las 7 variables que componen el modelo integrador explicativo, sólo 5 de ellas formaron parte del modelo para la población estudiantil en la ciudad de Ipiales, lo que significa que las variables apoyo social y eventos vitales no entraron en el modelo. Posteriormente se realizaron pruebas de bondad de ajuste del MIEIS en cada uno de los grupos según sexo y grupo etario, encontrándose que solamente el modelo funcionaría en los grupos de pre adolescencia y de adolescencia tardía; sin embargo no es generalizable para ninguno de los grupos poblacionales.

Relaciones entre variables de estudio

Como primer objetivo del presente trabajo se encontraba la identificación de las relaciones existentes entre las variables que componen el Modelo Integrador Explicativo de la ideación suicida, en estudiantes de secundaria de la ciudad de Ipiales.

En los resultados se presentan relaciones negativas entre las variables de riesgo y las de protección, esto demuestra que la presencia de un tipo de variables está asociado a la ausencia del segundo. Se podría decir que no corresponden a dos factores independientes, sino que las dos se encuentran concatenadas, dirigiéndose desde unos bajos factores de protección y altos factores de riesgo hasta altos factores de protección y bajos factores de riesgo. Al presentarse una interrelación negativa entre las variables, es poco probable que una persona tenga a la vez altos (o bajos) valores de ambos tipos de variables (Villalobos, 2009).

En primera instancia se encontró que las variables con mayores correlaciones fueron: Ideación suicida con Solución de problemas y Razones para vivir; esto implica que si no se presenta un proceso cognitivo conductual auto dirigido que le permita a la persona identificar y descubrir soluciones efectivas o adaptativas para situaciones que son problemáticas en la vida cotidiana, se tiene más riesgo de presentar Ideación suicida. Lo

anteriormente mencionado se relaciona con lo expuesto por Chang (2002), quien en su trabajo con adolescentes estudiantes de secundaria, encontró que la solución de problemas sociales es un predictor significativo de la ideación suicida, relación que permanece independientemente de si existe o no una historia previa de intento de suicidio. Según Turner, Caplan, Zayas y Ross (2002), en un estudio con adolescentes latinas, aquellas que habían presentado intentos de suicidio presentaban más estrategias de afrontamiento desadaptativas (retirada y pensamiento fantasioso) y menos regulación emocional y solución adecuada de problemas; presentándose la variable Solución de problemas con una estrecha relación con las Ideas suicidas. De igual manera, en lo que atañe a la relación entre Ideas suicidas y Solución de problemas, diferentes autores han encontrado que las conductas suicidas surgen ante la presencia de habilidades de afrontamiento pobres, desgastadas o ineficaces, especialmente cuando el individuo está sometido a un estrés importante (Villalobos Galvis, 2009).

A través de los resultados de estos estudios, se puede afirmar que la variable Solución de problemas tiene relación con el Intento de suicidio en la población adolescente, estos datos permiten plantear la importancia de la interrelación que se presenta entre la Solución de problemas y la Ideación suicida.

La segunda relación relevante que se presenta, es entre razones para vivir e ideación suicida, esto se encuentra estrechamente relacionado con lo que plantea Dovrov y Thorell (2004), quienes postulan que estas creencias, como razones para no cometer suicidio, pueden tener una relación más fuerte con las conductas suicidas que la Desesperanza, la Depresión y el Estrés, variables ampliamente reconocidas y comprobadas como predictores importantes de las conductas suicidas. De igual forma en un estudio realizado con estudiantes universitarios, Gutiérrez *et al.* (Citado por Villalobos Galvis, 2009), encontraron que las Razones para vivir tenían una fuerte correlación positiva con los pensamientos protectores frente al suicidio, medidos con la escala de ideas suicidas positivas del PANSI (Positive and Negative Suicidal Ideation Inventory; Osman et al., 1998).

Teniendo en cuenta las variables de riesgo, las relaciones más representativas son las que se presentan entre depresión y desesperanza; y entre depresión y eventos vitales estresantes.

Al manifestar que se presenta una relación significativa entre depresión y desesperanza se podría corroborar lo planteado por Abramson *et al.* (2000) quienes asumen que existe una alta interrelación entre la disminución de la actividad y el funcionamiento cotidiano del individuo, así como de su estado de ánimo, con la percepción pesimista y derrotista del futuro. Podría parecer que el sentirse triste se asocia con el creer que en el futuro todo seguirá igual o peor, pero no mejor, y que no se puede hacer nada para cambiar esa situación (Manrique, 2004). Este concepto es abarcado por el concepto de tríada cognitiva, propuesto por Beck (1980), en el que se asume que es la visión negativa del mundo, de sí mismo y del futuro uno de los elementos fundamentales en el origen de la depresión clínica.

La otra correlación importante es la que se presenta entre los eventos vitales estresantes y la depresión, implicando con ello que la vivencia de eventos que por su impacto en los roles y en la percepción de bienestar de las personas (o de sus seres queridos), son vistos como altamente estresantes, se asocian con la presencia de alteraciones en el funcionamiento social, en los procesos fisiológicos, así como en la percepción de un estado de ánimo negativo (Villalobos-Galvis 2009). Esto se relaciona con los hallazgos de Netta *et al.* (2004) y de Osvath *et al.* (2004) (citados por Villalobos-Galvis 2009) según los cuales la cantidad y la relevancia de los acontecimientos estresantes vividos se relacionan con la presencia y gravedad de la psicopatología, convirtiéndose en un factor implicado en el desarrollo de vulnerabilidad psicológica y/o biológica y de disfunciones cognitivas.

Continuando con las correlaciones significativas se encuentra el apoyo social, el cual se relacionó significativamente con las razones para vivir, esto implica según Villalobos Galvis (2009) que el hecho de contar con otras personas, como fuentes de información, cuidados o simplemente de atención, se relaciona con una mayor presencia de argumentos en contra de la posible idea del suicidio. Confirmándose así lo planteado anteriormente con el estudio de Rutter y Behrendt (2004), en el que encuentran que adolescentes que se sintieron más apoyados por sus consejeros, padres de familia o iguales presentaron mayores niveles de “resiliencia”, mecanismos de afrontamiento más saludables y mantuvieron una visión más positiva acerca del futuro, lo cual disminuye las razones para considerar al suicidio como una salida a una situación estresante.

Otra relación que se presenta es entre Autoestima y Solución de problemas. La presencia de esta asociación implica que la buena valoración que la persona tenga de sí misma, está asociada con la percepción de eficacia en la solución de problemas; es decir, que alguien que se considere a sí mismo como una persona valiosa, seguramente tenderá a evaluar como adecuada la manera que tiene para resolver los problemas (Villalobos Galvis 2009). Este aspecto es validado por Groholt *et al.* (2005) quienes afirman que cuando las personas tienen baja Autoestima, aceptan fácilmente la retroalimentación negativa que provenga de otras personas y tienen dificultades para darse retroalimentación positiva a sí mismos, razón por la cual suelen sentirse incompetentes, especialmente en lo que hace referencia a sus habilidades para controlar las dificultades de su vida diaria.

Finalmente, se destaca la relación entre la variable de riesgo Depresión e Ideación suicida. Rudd (1990) plantea que la Depresión es un fenómeno que está presente en la mayoría de conductas suicidas y aparece normalmente en pacientes que se pueden considerar como potenciales suicidas, pues se ha demostrado su papel predictor tanto de las ideas y tentativas suicidas, así como del suicidio consumado. Tal vez, esta fuerte asociación entre Depresión y conducta suicida se deba a que ambos fenómenos comparten procesos similares, como por ejemplo la tríada cognitiva de Beck, ya que en los suicidas se halla: a) una visión negativa de sí mismo, como se manifiesta en los bajos niveles de Autoestima; b) una visión negativa de la situación, en la que se valoran más negativamente los eventos vitales; y c) una visión negativa del futuro, toda vez que la Desesperanza está típicamente presente en los casos de conductas suicidas en los adolescentes (De Wilde, Kienhorst y Diekstra, 1996, citados por Vilalobos-Galvis, 2009).

Relaciones predictivas entre las variables de estudio y la ideación suicida

Como segundo objetivo pretendido por el presente estudio es especificar cuál de las variables del Modelo Integrador Explicativo de la Ideación Suicida predice la ideación suicida en estudiantes de secundaria de la ciudad de Ipiales.

En esta parte se encontró que solamente las variables razones para vivir, depresión, solución de problemas, autoestima y desesperanza entraron a formar parte del modelo presentando relaciones significativas entre ellas, y que las variables apoyo social y eventos vitales estresantes no quedaron incluidas en este modelo.

Las cinco variables incluidas en el modelo presentaron un aporte significativo a la predicción de ideas suicidas, sin embargo el modelo no es generalizable para la población; solamente la variable Desesperanza presentó un nivel bajo en relación a la predicción suicida; cabe resaltar que este aspecto se debe posiblemente a la dificultad generada en la aplicación de dicha prueba, puesto que al ser la última escala aplicada, muchos de los participantes respondían de manera apresurada presentándose datos incoherentes entre los ítems que conformaban la prueba.

La primera variable predictiva de las ideas suicidas es la de razones para vivir. Varios estudios han encontrado que esta variable tiene una fuerte correlación positiva con los pensamientos protectores frente al suicidio, así como correlaciones negativas y un importante valor predictivo, de las medidas de Ideas suicidas y de indicadores de probabilidad de suicidio en estudiantes universitarios y adultos jóvenes (Gutiérrez *et al.*, 2002; Dovorv y Thorell, 2004; Connell y Meyer, 1991; Kralik y Danforth, 1992. citado por Villalobos Galvis 2009). Tales estudios argumentan que las razones para vivir, como factores protectores, median sobre la ideación y las conductas suicidas.

La segunda variable que presentó un importante poder predictivo es la depresión; según lo que plantean Konick y Gutiérrez (2005) la importancia de la asociación entre depresión y conductas suicidas ha sido ampliamente demostrada a lo largo de diferentes estudios, en los cuales se hace evidente que la depresión se constituye en un factor de riesgo muy fuerte. En ese mismo sentido, Field *et al.* (2001, Citados por Villalobos-Galvis, 2009) encontraron que la tristeza (como emoción básica) es tan importante en el estudio de las ideas suicidas, que no se requiere que llegue a niveles clínicos (depresión) para que tenga una asociación fuerte con ellas. Sun, Hui y Watkins (Citado por Vilalobos-Galvis,

2009) encontraron una fuerte correlación entre depresión e ideación suicida en un estudio realizado con 433 estudiantes de secundaria. Estos autores concluyen que cuando los adolescentes perciben una baja cohesión familiar y altos conflictos intra familiares, se sienten desvalorizados, lo que conlleva a niveles significativos de depresión que a su vez hacen posible que se presente la ideación suicida como una manera de afrontar tal situación.

La siguiente variable predictiva de la ideación suicida es la solución de problemas; en cuanto al papel predictivo de esta variable, varios estudios han señalado que los pacientes suicidas tienen un pobre desempeño, tanto en la cantidad, como en la calidad y eficacia, de las estrategias generadas para manejar sus problemas interpersonales (Villalobos-Galvis 2009). De igual forma se evidencia en poblaciones no clínicas que las personas suicidas tienden a presentar más estrategias de afrontamiento desadaptativas (retirada y pensamiento fantasioso) y menos regulación emocional y solución adecuada de problemas (Turner *et al.*, 2002).

La siguiente variable predictiva es la autoestima. Al respecto, Jiménez, *et al.* (2007) obtuvo datos de tres estudios mexicanos, planteando que la Autoestima baja no se asocia significativamente con la ideación suicida, por el contrario manifiesta que la autoestima baja es un factor de riesgo relacionado directamente con la conducta suicida. Por tal razón, argumenta que los síntomas depresivos pueden afectar a la autoestima y ésta, a su vez, dispararía la conducta suicida; además, se encontró que al momento de tener en cuenta las diferencias de género, la variable Autoestima se ve influida por factores biológicos y patrones caracterizados culturalmente. Por su parte Wild, Flisher y Lombard (2004) realizaron un estudio con estudiantes de secundaria, con el fin de evidenciar la influencia de la Depresión y la Autoestima sobre la conducta suicida en la adolescencia. Haciendo uso de análisis de regresión logística multinomial, hallaron que la Depresión y seis medidas de la Autoestima (pares, escolar, familiar, corporal, deportiva y global) se relacionaron significativamente tanto con los intentos de suicidio, como con las ideas suicidas. También, hallaron que la única variable que diferenció significativamente a quienes habían presentado intentos de suicidio frente a quienes sólo tuvieron ideas suicidas fue la autoestima familiar, pues quienes tenían puntuaciones menores en esta dimensión presentaban 2,4 veces más riesgo de intentos de suicidio que quienes tenían puntuaciones

mayores. No obstante, cuando se controló el efecto de interdependencia entre las variables, se halló que las únicas que predijeron adecuadamente la presencia de ideas o intentos suicidas fueron la Depresión y la autoestima familiar.

Esta relación entre autoestima e ideación suicida también se ha encontrado en estudios poblacionales como los de Pagés *et al.* (2004), Vilhjalmsson *et al.* (1998) y Wild *et al.* (2004) (citados por Villalobos Galvis, 2009), en los cuales se demuestra su papel predictor, en adolescentes y adultos normales.

Por último, se encuentra la variable desesperanza. Beck (Citado por Viscard, *et al.* 1994) demostró la incidencia de la desesperanza en el desencadenamiento de la conducta suicida, desarrollando una escala para su evaluación que le permitió detectar hasta 90% de los individuos en riesgo suicida.

Al analizar los resultados presentados en los diferentes grupos de la muestra, en cuanto a la variable sexo, se evidencia que las variables relevantes para los hombres son razones para vivir, depresión y solución de problemas, mencionadas en su orden de importancia; por su parte en las mujeres estas variables son también relevantes, solamente cambia su orden de importancia (razones para vivir, solución de problemas y depresión); cabe resaltar que para los dos casos la variable eventos vitales estresantes no es significativa.

Esta diferencia entre hombres y mujeres se explica en que en las mujeres, la Solución de problemas es uno de los predictores más importantes en referencia a la Ideación suicida; esto se justifica con lo planteado por Turner, Caplan, Zayas y Ross (2002), en un estudio realizado con adolescentes latinas, en el cual encontraron que aquellas que habían presentado intentos de suicidio presentaban más estrategias de afrontamiento des adaptativas (retirada y pensamiento fantasioso) y menos regulación emocional y solución adecuada de problemas.

Por su parte en los hombres diferentes estudios han demostrado que la depresión tiene una fuerte asociación con las ideas de suicidio, en adolescentes (Sun *et al.*, 2006; Metha *et al.*, 1998), estudiantes universitarios (De Man, 1999) y población general (Nugent y Williams, 2001) (citado por Villalobos- Galvis, 2009).

Al analizar los resultados obtenidos por etapa de vida se encuentra que en el grupo de estudiantes que se encuentran en la preadolescencia se destaca la variable Solución de

problemas; al respecto, se ha validado la importancia en los déficit en Solución de problemas sociales y emocionales, como factores de riesgo para la conducta suicida en esta etapa vital (Pfeffer, 2000).

Continuando con las etapas evolutivas, en la adolescencia temprana y adolescencia media se mantienen las Razones para vivir como la variable que mayor poder predictivo presenta en relación a la ideación suicida; con respecto a esto, Linehan *et al.* (1983) definen a las razones para vivir como aquellos factores cognitivos o creencias que ayudan a los individuos a sobrevivir, en el afrontamiento de situaciones difíciles y adversas.

Para culminar, en la etapa adolescencia tardía la única variable predictora de la Ideación suicida es el Apoyo social; esto podría ser explicado por lo formulado por Gracia, Herrero y Musito, (2002) quienes plantean que el apoyo social tendría dos funciones principales: una función *instrumental* que alude a la medida, en que las relaciones sociales son un medio para conseguir una meta como pudiese ser la búsqueda de trabajo o dinero, y una función *expresiva* que considera las relaciones sociales como un fin o un medio en sí mismas, caracterizadas por la presencia de afectos y emociones como puede ser pedir un consejo, compartir una pena, etc. Sin embargo el hecho de ser esta la única variable relevante para este grupo puede ser explicada por la poca cantidad de muestra presentada para este grupo poblacional; puesto que al ser la cantidad de muestra muy pequeña sus datos no son favorables no podrían ser generalizables para dicha población de adolescencia tardía.

Capacidad explicativa del Modelo

Como tercer objetivo de la investigación se encuentra determinar la capacidad explicativa de la ideación suicida que tiene el Modelo Integrador Explicativo de la ideación suicida en estudiantes de secundaria de la ciudad de Ipiales.

Al analizar el nivel de ajuste presentado entre el modelo formulado por Villalobos-Galvis (2009), el cual implica varias relaciones causales que darían origen a las ideas suicidas en estudiantes, y el modelo empírico, se encontró que el modelo teórico no se valida con los resultados encontrados en la población escolarizada de la ciudad de Ipiales; por otra parte se podría plantear que la variable desesperanza no presenta relación en este modelo; este hecho se explicaría por la dificultad presentada en el momento de aplicar la prueba; puesto que al ser esta la última escala de aplicación se observaba desinterés en el

momento de diligenciarla; presentándose de esta manera datos que no coinciden con el MIEIS.

Para este estudio el modelo general queda compuesto por cinco variables: razones para vivir, depresión, solución de problemas, autoestima y desesperanza; quedando fuera del modelo las variables eventos vitales estresantes y apoyo social; cabe resaltar que este modelo no explica la ideación suicida en estudiantes de secundaria de la ciudad de Ipiales.

Analizando las variables presentadas en el modelo, se podría decir que la variable razones para vivir se ve afectada por la autoestima, esto implica que si la persona no se valora de manera positiva, es muy posible que tampoco tenga razones para permanecer vivo (*“dado que no valgo nada, no importa si vivo o muero”*, Villalobos-Galvis, 2009, p 308). El carecer de personas significativas en el medio social puede hacer también que el individuo no tenga un “punto de anclaje” (integración social) que le de sentido a permanecer vivo (*“¿por quién o para quien vivir?”*, Villalobos-Galvis, 2009, p 308).

La fortaleza de los síntomas depresivos que se presenten, según el MIEIS, estará moderada por el papel amortiguador que tengan las variables de protección que en este caso sería autoestima y solución de problemas, por lo que se espera que si la persona cuenta con estos recursos de ajuste o adaptación, la secuencia causal pueda debilitarse. Sin embargo, si los eventos vitales estresantes tienen un alto impacto, o si las variables de protección no tienen la fuerza requerida, la depresión puede llevar a las ideas suicidas de manera directa. (Villalobos – Galvis, 2009).

Otra variable implicada dentro del modelo es la variable solución de problemas a lo cual Villalobos – Galvis (2009) plantea que, el hecho de que la persona perciba que no cuenta con estrategias adecuadas para resolver la situación difícil por la que está atravesando puede hacer que empiece a considerar al suicidio como una solución meritoria. En la misma línea, el déficit en habilidades de solución de problemas llevaría a una historia de alta estimulación aversiva (los estresores continúan o se agravan), así como a una baja tasa de refuerzo (no hay probabilidad de éxito), haciendo posible la aparición de la Depresión, la cual también tendría un efecto directo sobre las ideas suicidas. Por su parte, la implementación de estrategias inadecuadas generaría una percepción de independencia entre la conducta realizada y el cambio en la situación estresante, haciendo más probable la aparición de la desesperanza, la cual, a su vez, derivaría en ideas suicidas.

Frente al papel de la Autoestima en el modelo, resulta pertinente lo propuesto en el modelo procesual del estrés aplicado a la conducta suicida (Sandín *et al.*, 1998; Villalobos-Galvis, 2007), en el que se plantea que la evaluación que la persona hace de sí misma y de sus recursos para enfrentar los estresores (*evaluación cognitiva secundaria*) está seriamente relacionada con la conducta suicida (Lieberman *et al.*, 2005; McGee *et al.*, 2001) (citado por Villalobos – Galvis, 2009), lo que permitiría explicar que los individuos suicidas consideren que no son tan valiosos como para que valga la pena vivir (efecto sobre la depresión), o que a nadie le importa lo que ellos están viviendo (efectos sobre el apoyo social), o que no tienen los recursos para enfrentar las situaciones difíciles (efectos sobre las habilidades para resolver problemas) (Villalobos Galvis 2009).

La última variable que entró en el modelo es la desesperanza; a juicio de Beck (1980) (citado por Córdova *et al.*, 2005), las características de la Desesperanza son fundamentalmente un embotamiento emocional y un auto concepto negativo, lo que lleva a que la persona desesperanzada crea: a) que nunca podrá salir adelante por sí misma, b) que nunca tendrá éxito en lo que intente, c) que nunca podrá alcanzar objetivos importantes y d) que nunca podrá solucionar los diversos problemas que afronte en la vida.

Por otra parte se podría afirmar que las dos variables que no se incluyeron en el modelo no son significativas para los estudiantes de la ciudad de Ipiales en el momento de predecir la ideación suicida; frente a esta situación se podría manifestar que la primera variable no incluida, eventos vitales estresantes a diferencia de los resultados encontrados en un estudio realizado con adolescentes chinos (Liu y Tein, 2005) donde se encontró una relación significativa entre el número de eventos vitales y las conductas suicidas; en la población escolarizada de la ciudad de Ipiales no se encontró que esta variable fuera relevante en el momento de predecir la ideación suicida, lo que evidencia que si la muestra evaluada se encuentra expuesta a eventos estresantes es probable que los recursos de afrontamiento que poseen para enfrentar la situación y/o reducir la magnitud de la amenaza que representa hace que estos eventos vitales estresantes no sean un desencadenante de la conducta suicida.

De igual manera la segunda variable no incluida en el modelo, apoyo social a diferencia del planteamiento realizado por Rutter y Behrendt (2004) quienes encontraron que el apoyo social se relacionaba significativamente con el riesgo suicida, en la muestra

evaluada no se presenta relación entre la ideación suicida y el apoyo social; con lo cual se podría manifestar que para la muestra evaluada es probable que aunque las relaciones interpersonales con familiares, amigos y pares sean importantes, en el caso de presentar ideación suicida no lo consideran como un factor relevante el apoyo social que manifiestan sus familiares y amigos hacia ellos.

Para terminar, se podría manifestar que el modelo empírico no es una alternativa que se puede aplicar para la predicción de ideas suicidas es estudiantes en edades entre los 10 y 20 años de la ciudad de Ipiales, puesto que no presenta un ajuste con lo planteado en el Modelo Integrador Explicativo.

CONCLUSIONES

El presente trabajo, permite explicar que grupo etario, institución y nivel académico no presentan diferencias significativas en lo referente a la ideación suicida

En el modelo se incluye las variables, razones para vivir, depresión, solución de problemas, autoestima y desesperanza, quedando excluidas las variables eventos vitales estresantes y apoyo social; sin embargo cabe resaltar que el modelo no es significativo para los grupos poblacionales y no puede ser generalizado.

El utilizar el Análisis de Trayectorias fue una herramienta fundamental en el momento de identificar el nivel de ajuste presentado entre el Modelo integrador explicativo de la Ideación Suicida y el modelo empírico permitiendo identificar las relaciones entre las variables.

El modelo MIESIS es una buena alternativa para la explicación de la ideación suicida, pues todas las variables que componen el modelo son muy relevantes; sin embargo cabe resaltar que no se relaciona con los planteamientos empíricos encontrados en la población escolarizada de la ciudad de Ipiales, debido a las dificultades presentadas en el momento de aplicar las pruebas psicológicas.

LIMITACIONES Y RECOMENDACIONES

Algo a tener en cuenta en una próxima investigación es la forma como se aplica la batería de pruebas; esta aplicación se debería desarrollar en dos sesiones porque al ser un material tan extenso lleva a presentar cansancio y desinterés en las personas que diligencian las pruebas y posiblemente genera sesgos en los datos obtenidos.

En el plano del impacto social que debe generar un estudio de investigación, se recomendaría fortalecer las variables de razones para vivir y solución de problemas como variables protectores que pueden ayudar a disminuir la presencia de ideas suicidas en la población escolarizada de la ciudad de Ipiales.

De igual manera esta investigación debería ser realizada en sectores rurales de la ciudad de Ipiales, puesto que muchos de los casos reportados en Medicina legal provienen de estos lugares, y no se tiene un conocimiento claro sobre lo que generan las ideas suicidas en esta población.

Un elemento a tener en cuenta sería trabajar sobre la sensibilización de esta problemática que se está presentando en la ciudad de Ipiales, puesto que algunos colegios mostraron falta de colaboración en el inicio de la investigación para participar en este proceso; hacer comprender a la población en general que el tema de suicidio no es un fenómeno netamente individual; que por lo contrario la interacción en la sociedad puede hacer que una persona llegue a presentar conductas suicidas, dependiendo de unas características particulares de la cultura que harán a una persona más o menos propensa a presentar dicha conducta.

En conclusión al encontrar que el Modelo Integrador Explicativo no nos permite explicar la ideación suicida en estudiantes de secundaria de la ciudad de Ipiales, se debe investigar más a fondo esta problemática teniendo en cuenta las recomendaciones planteadas en el momento de aplicar pruebas psicológicas y así trabajar y profundizar más en estos procesos investigativos, para que se puedan generar propuestas de prevención frente a esta problemática de salud mental.

Estadísticamente la desesperanza en el MIEIS es una variable mediadora importante y en el caso de los datos obtenidos al no tener significancia en el modelo se pierde el vínculo en lo previo y lo posterior, con las demás variables.

El hecho que algunas variables no entren en el modelo, su efecto pierde importancia.

Se deberían realizar nuevas investigaciones en donde se logre identificar porque en el grupo de adolescencia tardía, solo se incluye la variable apoyo social.

Proponer un modelo explicativo de la ideación suicida, en el cual se identifique si es oportuno incluir más variables o excluir las variables presentes y que resulte válido y generalizable para la población de la ciudad de Ipiales.

REFERENCIAS

- Abramson, L., Alloy, L., Hogan, M., Withehouse, W., Gibb, B. y Hankin, B. (2000) The Hopelessness theory of suicidality. En T. Joiner y D. Rudd (dirs.), *Suicide science. Expanding the boundaries* (pp. 17-32). Boston: Kluwer Academic.
- Adams, J., y Adams, M. (1996). The association among negative life events, perceived problem solving alternatives, depression, and suicidal ideation in adolescents psychiatric patients. *Child Psychology and Psychiatry*, 37, 715-720.
- Aguilar, S. (2005). Fórmulas para el cálculo de la muestra en investigación de la salud, *Revista de Salud de Tabasco*. 11 (1-2), 333-338, consultado el 22 de febrero de 2010 de la Base de datos Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal.
- Aguñaga, A.M. y Ramírez-Valencia R.A. (2006) *Relación del abuso sexual con el intento suicida en estudiantes de educación media y superior*. Trabajo de grado. Universidad Nacional Autónoma de México. México, D.F.
- Agnew, R. (1998) The approval of suicide: A social-psychological model. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 2, 205-225.
- Arlaes, L., Hernández G., Disney, C. y Cañizares, T. (1998). Conducta suicida: factores de riesgo asociados. *Rev. Cubana Med Gen Integr*. 14, 2, 102-169.
- Arie, M., Apter, A., Orbach, I., Yefet, Y. y Zalzman, G. (2008) Autobiographical memory, interpersonal problem-solving and suicidal behaviour in adolescents inpatients. *Comprehensive Psychiatry*, 49, 22-29.
- Ávila, M., Heredia, M., Gómez, E., y Martínez, L. (2006) Confiabilidad interna y estabilidad temporal del Cuestionario de Sucesos de Vida para Adolescentes en estudiantes mexicanos. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 11, 97 – 113.
- Barra, E., Méndez, P. (2008). Apoyo social percibido en adolescentes infractores de ley y no infractores.. *PSYKHE*. 17, No. 1, 59-64.
- Barrón, A., Sánchez, E. (2001) Estructura social, apoyo social y salud mental. *Psicothema*, 13, No.1, 17-23.
- Beck, A. (1976). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. New York. *Internacional University Press*.
- Beck, A., Rusch, A., Shaw, B. y Emery, G. (1980) *Terapia cognitiva de la depresión*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Bejarano, A.M., Chávez, R., Ramírez, W., Cevilla, A. y Yock, I. (1998) Desesperanza en adolescentes: una aproximación a la problemática del suicidio juvenil. *Adolescencia y Salud*. 1, 2, 102.
- Borges, P. y Guevara, B. (2006). Estudio de la ideación suicida en adolescentes de 13 a 19 años. *Rev. Psych Saude y Doencas*, 7(2), 309-315.
- Blum, R. (2000). Un modelo conceptual de salud del adolescente. *El adolescente* (pp. 405-412). México: Mc Graw Hill.
- Cassaretto, C. Chau, H. Oblitas y N. Valdez. (1998). Estrés y afrontamiento. Recuperado de <http://www.blog.pucp.edu.pe/item/8907>.
- Casullo, M.(2005). Ideacion y comportamientos suicidas en adolescentes: Una urgencia social. , *Investigación Fac. Psicol., Univ. B. Aires*. V. 12.
- Cava, M. J., Musitu, G. y Vera, A. (2000). Efectos directos e indirectos de la autoestima en el ánimo depresivo. *Revista Mexicana de Psicología*, 17, 151-161.

- Córdova, M., Rosalez, J.C., Eguluz, L. (2005) La didáctica constructiva de una escala de desesperanza, resultados preliminares. *Rev. Enseñanza e investigación en psicología*, 10, No.002, 311-324.
- Cooper, J., Appleby, L. y Amos, T. (2002) Life events preceding suicide by young people. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 37, 271 – 275.
- Chang, E. (2002a) Predicting suicide ideation in an adolescent population: examining the role of social problem solving as a moderator and a mediator. *Personality and Individual Differences*, 32, 1279 – 1291.
- Chang, E. (2002b) Examining the link between perfectionism and psychological maladjustment: Social problem solving as a buffer. *Cognitive Therapy and Research*, 26, 581 – 595.
- Chávez, A.M, Pérez, R., Macías L.F. y Páramo, D. (2004). Ideación e intento suicida en estudiantes de nivel medio superior de la Universidad de Guanajuato. *Acta Universitaria*, 14,12-20.
- Chopin, E., Kerkhof, A., y Arensman, E. (2004) Psychological dimensions of attempted suicide: Theories and data. En D. De Leo, U. Bille-Brahe, A. Kerkhof y A. Schmidtke (dirs.) *Suicidal behaviour: Theories and research findings* (pp. 41- 60).
- Cole, D.A. (1989). Psychopathology of adolescent suicide: Hopelessness, doping beliefs, and depression. *Journal of Abnormal Psychology*, 98, 248-255.
- Colimón, N., Téllez, J. y Cisneros, C. (2007) Neurobiología del suicidio. Recuperado de <http://www.psiquiatriabiologica.org.co/avances/temas.php>. Recuperado el 29 de Julio del 2009.
- Dallal, E. y Catillo, J. (2000). Depresión en la adolescencia. En Dulanto (Ed.), *El adolescente*, (pp. 130- 133). México: Mc Graw Hill.
- De Wilde, E., Kienhorst, I., Diekstra, R. y Wolters (1992) El suicidio en la adolescencia. En J. Buendía (dir.) *Psicopatología en niños y adolescentes: Desarrollos actuales* (pp. 309 – 332). Madrid: Pirámide.
- Diekstra, R. y Garnefski, N. (1995) On the nature, magnitude and causality of suicidal behaviors: An international perspective. *Suicide and Life-threatening Behavior*, 25, 36.
- Dieserud, G., Roysamb, E., Eneberg, O. y Kraft, P. (2001) Toward an integrative model of suicide attempt: A cognitive psychological approach. *Suicide and Life-threatening Behavior*, 31, 153-168.
- Dovrov, E. y Thorell, L. (2004) Reasons for living – translation, psychometric evaluation and relationships to suicidal behaviour in a Swedish random sample. *Nordic Journal of Psychiatry*, 58, 277 – 285.
- D’Zurilla, T., Nezu, A. y Maydeu-Olivares, T. (1997) *Manual for the social problem solving inventory - revised*. North Tonowanda, Nueva York: Multi-Health System.
- Duarte, Y.M., y Rosselló, J. (1999). Riesgo suicida, sintomatología depresiva y actitudes disfuncionales en adolescentes puertorriqueños/as. *Revista Interamericana de Psicología*, 33, 219-234.
- Durkeheim, E. (1987). *El suicidio*. Madrid: Akal Editor. Original publicado en 1965.
- Estevéz E, Martínez B, Musitu G. La autoestima en adolescentes agresores y víctimas en la escuela: la perspectiva multidimensional. *Rev. Intervención psicosocial*, 1,No.2, Madrid.

- Galván, J., Romero, M., Rodríguez, E., Durand, A., Colmenares, E. y Saldivar, G. (2006). La importancia del apoyo social para el bienestar físico y mental de las mujeres reclusas. *Salud Mental*, 29, 68-74.
- García R. (2003) El suicidio adolescente: un análisis de variables predictoras. Universidad Juárez Autónoma de Tabasco. Disponible en la página de internet. <http://www.geocities.com/oceanhounds/elsuicidioadolescente.htm>. Recuperado el 3 de Agosto del 2009.
- Gibb, B., Alloy, L., Abramson, L., Rose, D., Withehouse, W. y Hogan, M. (2001) Childhood maltreatment and college student's current suicidal ideation: A test of the hopelessness theory. *Suicide and Life-threatening Behavior*, 31, 405-415.
- González-Forteza, C., Berenzon-Gorn S., Tello-Granados A.M., Facio-Flores D. y Medina-Mora, M.E. (1998). Ideación suicida y características asociadas en mujeres adolescentes. *Salud Pública Mex*, 40,430-437.
- González-Forteza, C., Villatoro, J., Pick, S. y Collado, M. (1998) El estrés psicosocial y su relación con las respuestas de enfrentamiento y el malestar emocional en una muestra representativa de adolescentes al sur de la ciudad de México. *Salud Mental*, 21, 2, 37- 45.
- González-Forteza, C., Berenzon-Gorn S., Tello-Granados A.M., Facio-Flores D. y Medina-Mora, M.E. (1998). Ideación suicida y características asociadas en mujeres adolescentes. *Salud Pública Mex*, 40,430-437.
- González-Macip, S., Díaz, A., Ortiz, S., González-Forteza, C. y González- Núñez, J.J. (2000).Características psicométricas de la Escala de Ideación Suicida de Beck (ISB) en estudiantes universitarios de la ciudad de México. *Salud Mental*, 23, 21–30.
- González-Forteza, C., Ramos, L., Vignau, L.E. y Ramírez, C. (2001) El abuso sexual y el intento suicida asociados con el malestar depresivo y la ideación suicida de los adolescentes. *Salud Mental*, 24,16-25.
- Gracia, E., Herrero, J. y Musitu, G. (2002). *Evaluación de recursos y estresores psicosociales en la comunidad*. Madrid: Editorial Síntesis.
- Gracia, E. y Herrero, J. (2006). La comunidad como fuente de apoyo social. Evaluación e implicaciones en los ámbitos individual y comunitario. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 38, 327-342.
- Groholt, B., Ekenberg, O., Wichstrom, L. y Haldorser, T. (2005) Suicidal and non-suicidal adolescents: Different factors contribute to self-esteem. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 35, 525 – 535.
- Hernández Sampieri,R., Fernández Collado, C. y Batista Lucio, P. (2006) *Metodología de la investigación*. McGraw-Hill: México.
- Jiménez, M.I. (2008). Conducta e ideación suicida en estudiantes universitarios. Consultado de la página de internet. <http://dcede.uprrp.edu/griot/archivos/2008041403.pdf>. Recuperado el 2 de julio del 2009.
- Jiménez, T.A., Mondragon, B.L. y González-Forteza, C. (2007). Autoestima, sintomatología depresiva e ideación suicida en adolescentes: resultado de tres estudios. *Salud Mental*, 2, 30 (5).
- Kerr, D., Preuss, L. y King, C. (2006) Suicidal adolescents' social support from family and peers: Gender-specific associations with psychopathology. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 34, 103 – 114.

- Kienhorst C, De Wilde E, Van den Bout J, Diekstra R, Wolters W. (1990) Characteristics of suicide attempters in a population-based sample of Dutch adolescents. *Br J Psychiatry*, 156, 243-248.
- King, K. (1997) Self-Concept and Self-Esteem: A clarification of terms. *Journal of School Health*, 67, 68-70.
- Konick y Gutiérrez (2005) Testing a model of suicide ideation in college students. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 35, 181- 192.
- Larraguibel, M., González, P., Martínez, V. y Valenzuela, R. (2000) Factores de riesgo de la conducta suicida en niños y adolescentes. *Revista Chilena de Pediatría*, 71, 378 – 387.
- Lazarus, R. y Folkman, S. (1986) Coping and adaptation. En W. Gentry (dir.) *Handbook of Behavioral Medicine* (pp. 282 – 325). Nueva York: Guilford.
- Lieberman, Z., Solomon, Z., y Ginzburg, K. (2005) Suicidal Ideation among young adults: Effects of perceived social support, self esteem and adjustment. *Journal of Loss and Trauma*, 10, 163-181.
- Linehan, M., Goodstein, J., Nielsen, S y Chiles, J. (1983) Reasons for staying alive when you are thinking of killing yourself: The Reasons for Living Inventory. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 51, 276 – 286.
- Liu, X. y Tein, J. (2005) Life events, psychopathology, and suicidal behavior in Chinese adolescents. *Journal of Affective Disorders*, 86, 195 - 203.
- Manrique, E. (2004) Antecedentes tempranos y modalidades de vulnerabilidad cognitiva para la depresión, *Revista de Psiquiatría y Salud Mental Hermilio Valdizan*, 4, 43 - 62.
- Maslow, A. (1968). *Toward a psychology of being* (2 ed.). New York,: Van Nostrand Reinhold.
- Maslow, A. (1970) *Motivation and personality*. 2a. ed. Nueva York: Harper and Row.
- Molinero L. (2009) Construcción del modelo de regresión multivariante.. Disponible en la página de internet [http// www.sch-lelha.org/observacio.htm](http://www.sch-lelha.org/observacio.htm). Recuperado el 15 de julio del 2009.
- Mosquera, F. (sin fecha) El comportamiento suicida. Suicidio- Neurobiología factores de riesgo y prevención. Recuperado el 3 de Agosto del 2009 de <http://www.psiquiatriabiologica.org.co/.../1-comportamiento%20suicida-ok.pdf>.
- Oliva, A., Jiménez, J., Parra, Á. y Sánchez- Queija, I. (2008). Acontecimientos vitales estresantes, resiliencia y ajuste adolescente. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 13 (1), 53-62.
- Orbach, I., Rosenheim, E., y Hary, E. (1987). Some aspects of cognitive functioning in suicidal children. *American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 26, 181-185.
- Palomar, J. y Lanzagorta, N. (2005). Pobreza, recursos psicológicos y movilidad social. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 37, 9-41.
- Pardo G, Sanzoval A, Umbarila D. Adolescencia y depresión. (2004). *Revista colombiana de psicología*, 013,17-32.
- Pérez-Álvarez, M. y García-Montes, J. (2001) Tratamientos psicológicos eficaces para la depresión. *Psicothema*, 13, 493 – 510.
- Pfeffer, C. (2000) Suicidal behaviour in children: an emphasis on developmental influences. En K. Hawton y K. Van Heeringen (Dirs.) *The International Handbook of Suicide and Attempted Suicide* (pp. 237 – 248). Chichester: Wiley.

- Piquet, M. y Wagner, B. (2003) Coping responses of adolescent suicide attempters and their relation to suicidal ideation a cross two year follow-up: a preliminary study. *Suicide and Life-threatening Behavior*, 33, 288-301.
- Rodríguez, H., García, I. y Ciriacos, C. (2005) Resultados de la aplicación de la autopsia psicológica al estudio del suicidio en niños y adolescentes en Uruguay. *Med. Uruguay*, 21, 141-150.
- Rodríguez, M. y Frías, L. (2005) Algunos factores psicológicos y su papel en la enfermedad. Una revisión. *Psicología y Salud*, 15, 169 – 185.
- Rosenberg, M., Schooler, C., Schoenbach, C. y Rosenberg, F. (1995). Global self-esteem and specific self-esteem: different concepts, different outcomes. *American Sociological Review*, 60, 141-156.
- Rosselló, J. (1993). Acercamientos Terapéuticos para la depresión en adolescentes puertorriqueños/as: Dos estudios de casos. *Revista Interamericana de Psicología*, 27(2), 163-180.
- Rosselló, J. y Berrios, M.N. (2004). Ideación Suicida y depresión, actitudes disfuncionales, eventos de vida estresantes y autoestima en una muestra de adolescentes Puertorriqueños/as. *Revista Interamericana de Psicología*. 382.295-302.
- Rudd, D. (1990) An integrative model of suicidal ideation. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 20, 16-30.
- Rudd, D., Rajab, H. y Dahm, F. (1994) Problem-solving appraisal in suicide ideators and attempters. *American Journal of Orthopsychiatry*, 64, 136 – 149.
- Rutter, P. y Behrendt, A. (2004) Adolescent suicide risk: Four psychosocial factors. *Adolescence*, 39, 295 – 302.
- Saíz, M., González, M., Bousoño, M. y Bobes, J. (1997) Estudio de los factores de riesgo suicida y parasuicida. Factores biológicos. En J. Bobes, J. González y P. Saíz (Dir.) *Prevención de las conductas suicidas y parasuicidas* (pp. 35 – 45). Barcelona: Masson.
- Salvo, L. y Melipillán, R. (2008). Predictores de suicidabilidad en adolescentes. *Rev. Chil. Neuro-psiquiatría*; 46 (2), 115-123.
- Sandín, B. (2003) El estrés: Un análisis basado en el papel de los factores sociales. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 3, 141 - 157.
- Sandín, B., Chorot, P., Santed, M., Valiente, R. y Joiner, T. (1998) Negative life events and adolescent suicidal behavior: A critical analysis from the stress perspective. *Journal of Adolescence*, 21, 415-426.
- Serfaty, E. (1998). Suicidio en la adolescencia. *Adolesc. Latinoam*, 1(2) ,105-110.
- Serfaty, E. (2000). Suicidio en Latinoamérica. E. En Dulanto (Ed.), *El adolescente, México*. Mc Graw Hill.2, 132-154.
- Silva C, Schiattino I. (2008). Modelos de ecuaciones estructurales. *Ciencia y trabajo*, 29, 106-110.
- Schotte, D. y Clum, G. (1987) Problem solving skills in suicidal psychiatric patients. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 55, 49 – 54.
- Turner, S., Kaplan, C., Zayas, L. y Ross, R. (2002) Suicide attempts by adolescent Latinas: An exploratory study of individual and family correlates. *Child and Adolescent Social Work Journal*, 19, 357 – 374.
- Van Heeringen, C., Portzky, G. y Audenaert, K. (2004) The psychobiology of suicidal behaviour. En D. De Leo, U. Bille-Brahe, A. Kerkhof y A. Schmidtke (Eds.)

- Suicidal behaviour: Theories and research findings* (pp. 61- 66). Göttingen, Germany: Hogrefe y Huber.
- Vera-Villarroell, P. y Guerrero, A. (2003) Diferencias en habilidades de resolución de problemas sociales en sujetos optimistas y pesimistas. *Universitas Psychologica*, 2, 21 – 26.
- Villalobos-Galvis, F. (2007) Aplicación del modelo procesual de estrés a la conducta suicida. *Universidad y Salud*, 8, 126 – 141.
- Villalobos-Galvis, F. (2009a). Ideación suicida en jóvenes: formulación y validación del modelo integrador explicativo en estudiantes de educación secundaria y superior. Trabajo Doctorado en psicología. Universidad de Granada.
- Villalobos-Galvis, F. (2009b) Situación de la conducta suicida en estudiantes de colegios y universidades de San Juan de Pasto, Colombia. *Salud Mental*, 32, 2, 165-171.
- Villalobos Galvis, F.H. (2010a) Estructura factorial y propiedades psicométricas de una escala de depresión en universitarios de Colombia. *Rev Panam Salud Publica*, .27, No.2, p.110-116.
- Villalobos Galvis, F.H. (2010b) "Validez y fiabilidad del Inventario de Ideación Suicida Positiva y Negativa - PANSI, en estudiantes colombianos" . En: Colombia Universitas Psychologica. Editorial Pontificia Universidad Javeriana, 9,2 p.523 – 534.
- Villardón, G.L. (1993). El pensamiento de suicidio en el adolescente. España: Instituto de Ciencias de la Educación. Disponible en http://www.inpsiquiatria.edu.mx/javv/pagina.../aneel_aracely.pdf. Recuperado el 12 de Julio del 2009.
- Viscardi, N., Hor, F. y Dajas, F. (1994). Alta tasa de suicidio en Uruguay. Evaluación de la desesperanza en adolescentes. *Rev Med Uruguay* 10:79-91.
- Wild, L., Flisher, A. y Lombard, C. (2004) Suicidal ideation and attempts in adolescents: associations with depression and six domains of self-esteem. *Journal of Adolescence*, 27, 611 – 624.
- Yang, B. y Clum, G. A. (1996). Effects of early negative life experiences on cognitive functioning and risk for suicide: A review. *Clinical Psychology Review*, 16(3), 177-195.
- Yecas, E.L., Huertas, L.A, Vargas, S., Barbosa, R.E. y Lugo, G.E. (2008) Depresión, ansiedad y desesperanza aprendida en pacientes con artritis reumatoide. *Rev. Psicología y salud*. 18, No.001:pp. 81-89.

ANEXOS

ANEXO 1

Formatos de Consentimiento Informado Padres de Familia ó Acudiente

Universidad de Nariño
Departamento de Psicología

Documento Informativo

El suicidio en el Municipio de Ipiales es visualizado como un importante problema de salud mental debido al incremento que se ha presentado en los dos últimos años (2007-2008); por esta razón es importante realizar trabajos frente a esta problemática. El poder realizar este estudio permite predecir la conducta suicida y así implementar nuevas estrategias para evitar este difícil problema de salud mental.

Esta investigación es realizada como parte de un trabajo de grado de la Universidad de Nariño en la carrera de psicología, desarrollado por Edith Isabeth Solarte Salazar - Viviana Yaqueline Suárez Rosero; y cuenta con la asesoría del Doctor en Psicología Clínica y de la Salud Fredy Hernán Villalobos Galvis docente de la Universidad de Nariño.

Para la ejecución de la investigación es necesario que su hijo(a) diligencie unos cuestionarios de psicología; estos cuestionarios serán aplicados a personas que se encuentren escolarizadas y estén en edades entre los 10 y 18 años, los cuales son escogidos de los diferentes grados de la institución educativa.

Cabe resaltar que estos cuestionarios solamente los diligenciarán las personas que presenten su consentimiento de manera escrita a través de este documento y nadie está obligado a participar de la investigación; por esta razón si su hijo(a) o usted no quieren que participe de la investigación no existirá ningún elemento que lo obligue; sin embargo es de gran importancia el contar con la colaboración de los estudiantes, y ellos tendrán como aspecto positivo el participar de este tipo de estudios que permiten trabajar en el beneficio de la población Ipialeña, ayudando a prevenir este tipo de problemáticas de salud mental como lo es el suicidio; además, como manera de agradecimiento y de compensación, por la colaboración prestada diligenciando los cuestionarios correctamente contestando todas las preguntas, se entregará a la persona que participe una boleta para el sorteo de una memoria USB.

El tener que responder los cuestionarios psicológicos NO representa ningún tipo de riesgo para la persona que lo efectúe; y los resultados obtenidos serán analizados de manera anónima debido a que en los cuestionarios no se encuentra ningún dato que permita identificar al sujeto que lo diligenció, por otra parte los datos solamente serán manejados por el equipo de investigación, y nadie más podrá acceder a esta información; finalmente con el análisis de los resultados se realizará la entrega de un informe general por escrito a cada institución, sin mencionar ningún nombre o dato de identificación de las personas que participaron ó casos específicos, manteniendo siempre la confidencialidad.

Recuerde que cualquier duda que tenga sobre la investigación, los cuestionarios psicológicos, los resultados, o cualquier inquietud acerca del trabajo que se esta realizando dentro de la institución, puede plantársela a las personas responsables de la misma.

Edith Isabeth Solarte Salazar 3152410333

Viviana Yaqueline Suarez Rosero 3185904559

Si su decisión es que su hijo(a) NO PARTICIPE en la investigación, por favor NO FIRME la hoja, simplemente devuélvala. Pero si su decisión es que SI PARTICIPE, por favor diligencie lo que hay en el siguiente documento.

GRACIAS POR SU COLABORACIÓN

Autorización

A través del documento presente, yo,

_____, acepto que la persona que esta mi cargo participe de manera voluntaria en la investigación denominada “Validación del modelo integrador explicativo de la ideación suicida en estudiantes de secundaria de la ciudad de Ipiales”.

Constato que leí detenidamente y comprendí el contenido del documento anteriormente presentado y entiendo que mi hijo(a) conserva los derechos de retirarse de la investigación en el momento que lo decida; además tengo conocimiento que la información será manejada de manera confidencial y anónima.

En constancia se firma en Ipiales, a los ____ días, del mes de _____, del año ____.

Nombre del responsable y Cédula

Firma

Nombre del estudiante
investigación

Firma de los/as responsables de la

Isabeth Solarte – Yaqueline Suárez

Anexo 2
Formatos de Consentimiento Informado
Estudiantes

Universidad de Nariño
Departamento de Psicología

Documento Informativo

El suicidio en el Municipio de Ipiales es visualizado como un importante problema de salud mental debido al incremento que se ha presentado en los dos últimos años (2007-2008); por esta razón es importante realizar trabajos frente a esta problemática. El poder realizar este estudio permite predecir la conducta suicida y así implementar nuevas estrategias para evitar este difícil problema de salud mental.

Esta investigación es realizada como parte de un trabajo de grado de la Universidad de Nariño en la carrera de psicología, desarrollado por Edith Isabeth Solarte Salazar - Viviana Yaqueline Suárez Rosero; y cuenta con la asesoría del Doctor en Psicología Clínica y de la Salud Fredy Hernán Villalobos Galvis docente de la Universidad de Nariño.

Para la ejecución de la investigación es necesario que diligencie unos cuestionarios de psicología; estos cuestionarios serán aplicados a personas que se encuentren escolarizadas y estén en edades entre los 10 y 18 años, los cuales son escogidos de los diferentes grados de la institución educativa.

Cabe resaltar que estos cuestionarios solamente los diligenciarán las personas que presenten su consentimiento de manera escrita a través de este documento y nadie está obligado a participar de la investigación; por esta razón si usted no quiere que participe de la investigación no existirá ningún elemento que lo obligue; sin embargo es de gran importancia el contar con la colaboración de los estudiantes, y ellos tendrán como aspecto positivo el participar de este tipo de estudios que permiten trabajar en el beneficio de la población Ipialeña, ayudando a prevenir este tipo de problemáticas de salud mental como lo es el suicidio; además, como manera de agradecimiento y de compensación, por la colaboración prestada diligenciando los cuestionarios correctamente contestando todas las preguntas, se entregará a la persona que participe una boleta para el sorteo de una memoria USB.

El tener que responder los cuestionarios psicológicos NO representa ningún tipo de riesgo para la persona que lo efectúe; y los resultados obtenidos serán analizados de manera anónima debido a que en los cuestionarios no se encuentra ningún dato que permita identificar al sujeto que lo diligenció, por otra parte los datos solamente serán manejados por el equipo de investigación, y nadie más podrá acceder a esta información; finalmente con el análisis de los resultados se realizará la entrega de un informe general por escrito a cada institución, sin mencionar ningún nombre o dato de identificación de las personas que participaron ó casos específicos, manteniendo siempre la confidencialidad.

Recuerde que cualquier duda que tenga sobre la investigación, los cuestionarios psicológicos, los resultados, o cualquier inquietud acerca del trabajo que se está realizando dentro de la institución, puede plantársela a las personas responsables de la misma.

Edith Isabeth Solarte Salazar 3152410333
Viviana Yaqueline Suarez Rosero 3185904559

Si su decisión es de NO PARTICIPAR en la investigación, por favor NO FIRME la hoja, simplemente devuélvala. Pero si su decisión es que SI PARTICIPA, por favor diligencie lo que hay en el siguiente documento.

GRACIAS POR SU COLABORACIÓN

Autorización

A través del documento presente, yo, _____, acepto participar de la investigación denominada “Validación del modelo integrador explicativo de la ideación suicida en estudiantes de secundaria”.

Constato que leí detenidamente y comprendí el contenido del documento anteriormente presentado y entiendo que conservo los derechos de retirarme de la investigación en el momento que lo decida; además tengo conocimiento que la información será manejada de manera confidencial y anónima.

En constancia se firma en Ipiales, a los ____ días, del mes de _____, del año ____.

Nombre del estudiante

Firma de los/as responsables de la investigación
Isabeth Solarte – Yaqueline Suárez

ANEXO 3

FORMATO DE NO RESPUESTA

Teniendo en cuenta que la participación en la investigación no es de carácter obligatorio agradecemos su colaboración diligenciando este formato, puesto que con la información que nos ofrece podemos tener más control frente al proceso de investigación.

Género: M____ F____ Edad: _____ años cumplidos

Grado: _____

Nombre de la Institución: _____

GRACIAS POR SU COLABORACIÓN

ANEXO 4
Universidad de Nariño
Facultad de Ciencias Humanas
Departamento de Psicológica

DATOS DE IDENTIFICACIÓN

Sexo: Hombre ___ Mujer ___ Edad: _____ años Consecutivo

Curso: _____

Institución: _____

A continuación encontrarás varios cuestionarios que te van a preguntar sobre algunos aspectos personales. Por favor lee detenidamente las instrucciones, las frases y las opciones de respuesta y luego **marca con una X** en la respectiva casilla. No te demores mucho en responder cada pregunta. Por último, recuerda que esta encuesta es anónima y que **NO** hay respuestas buenas o malas, por eso te pedimos que respondas de la forma más honesta posible.

GRACIAS POR TU COLABORACIÓN

**Escala de autoestima de Rosenberg
 (Rosenberg, 1965)**

A continuación encontrarás varias frases con las cuales las personas se describen a sí mismas. Lee cuidadosamente cada una de ellas y marca con una X en aquella casilla que refleje **qué tan de acuerdo** están la frase y lo que piensas de **ti mismo(a)**.

	Totalmente en Desacuerdo	En Desacuerdo	De Acuerdo	Totalmente de Acuerdo
1. Siento que soy una persona que vale tanto como los demás	Totalmente en Desacuerdo	En Desacuerdo	De Acuerdo	Totalmente de Acuerdo
2. Siento que tengo buenas cualidades	Totalmente en Desacuerdo	En Desacuerdo	De Acuerdo	Totalmente de Acuerdo
3. En general tiendo a pensar que soy un fracaso	Totalmente en Desacuerdo	En Desacuerdo	De Acuerdo	Totalmente de Acuerdo
4. Soy capaz de hacer las cosas tan bien, como los demás	Totalmente en Desacuerdo	En Desacuerdo	De Acuerdo	Totalmente de Acuerdo
5. Siento que no tengo mucho de qué estar orgulloso	Totalmente en Desacuerdo	En Desacuerdo	De Acuerdo	Totalmente de Acuerdo
6. Tengo una actitud positiva hacia mí mismo(a)	Totalmente en Desacuerdo	En Desacuerdo	De Acuerdo	Totalmente de Acuerdo
7. En general, estoy satisfecho(a) conmigo mismo(a)	Totalmente en Desacuerdo	En Desacuerdo	De Acuerdo	Totalmente de Acuerdo
8. Quisiera tener más respeto por mí mismo(a)	Totalmente en Desacuerdo	En Desacuerdo	De Acuerdo	Totalmente de Acuerdo
9. Hay veces que pienso que soy un inútil	Totalmente en Desacuerdo	En Desacuerdo	De Acuerdo	Totalmente de Acuerdo
10. A menudo creo que no soy una buena persona	Totalmente en Desacuerdo	En Desacuerdo	De Acuerdo	Totalmente de Acuerdo

**Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos
(Center of Epidemiological Studies - Depression Scale – CESD; Radloff, 1977)**

A continuación encontrarás algunas experiencias que te pudieron haber ocurrido durante las **ÚLTIMAS DOS SEMANAS**. Por favor, lee cada afirmación y marca con una X el número de días (de 0 a 14) en que te sentiste así.

Durante las dos últimas semanas, ¿cuántos días te sentiste así?	Número de días				
	Ningún día	Entre 1 y 4 días	Entre 5 y 8 días	Entre 9 y 11 días	Entre 12 y 14 días
1. Me molestaron muchas cosas que en otras ocasiones ni me afectan	Ningún día	Entre 1 y 4 días	Entre 5 y 8 días	Entre 9 y 11 días	Entre 12 y 14 días
2. No tuve ganas de comer	Ningún día	Entre 1 y 4 días	Entre 5 y 8 días	Entre 9 y 11 días	Entre 12 y 14 días
3. Me sentí triste a pesar de tener el apoyo de mi familia, amigos(as) o novio(a)	Ningún día	Entre 1 y 4 días	Entre 5 y 8 días	Entre 9 y 11 días	Entre 12 y 14 días
4. Sentí que tenía las mismas capacidades que los demás	Ningún día	Entre 1 y 4 días	Entre 5 y 8 días	Entre 9 y 11 días	Entre 12 y 14 días
5. Tuve problemas para poner atención a lo que estaba haciendo	Ningún día	Entre 1 y 4 días	Entre 5 y 8 días	Entre 9 y 11 días	Entre 12 y 14 días
6. Me sentí deprimido(a)	Ningún día	Entre 1 y 4 días	Entre 5 y 8 días	Entre 9 y 11 días	Entre 12 y 14 días
7. Sentí que todo lo que hacía representaba un gran esfuerzo para mí	Ningún día	Entre 1 y 4 días	Entre 5 y 8 días	Entre 9 y 11 días	Entre 12 y 14 días
8. Vi el futuro con esperanza	Ningún día	Entre 1 y 4 días	Entre 5 y 8 días	Entre 9 y 11 días	Entre 12 y 14 días
9. Pensé que he fracasado en la vida	Ningún día	Entre 1 y 4 días	Entre 5 y 8 días	Entre 9 y 11 días	Entre 12 y 14 días
10. Tuve miedo	Ningún día	Entre 1 y 4 días	Entre 5 y 8 días	Entre 9 y 11 días	Entre 12 y 14 días
11. Aunque dormía, al otro día me levantaba cansado(a)	Ningún día	Entre 1 y 4 días	Entre 5 y 8 días	Entre 9 y 11 días	Entre 12 y 14 días
12. Estuve feliz	Ningún día	Entre 1 y 4 días	Entre 5 y 8 días	Entre 9 y 11 días	Entre 12 y 14 días
13. Hablé menos de lo normal	Ningún día	Entre 1 y 4 días	Entre 5 y 8 días	Entre 9 y 11 días	Entre 12 y 14 días
14. Me sentí solo(a)	Ningún día	Entre 1 y 4 días	Entre 5 y 8 días	Entre 9 y 11 días	Entre 12 y 14 días
15. Sentí que la gente no fue amable conmigo	Ningún día	Entre 1 y 4 días	Entre 5 y 8 días	Entre 9 y 11 días	Entre 12 y 14 días
16. Disfruté de la vida	Ningún día	Entre 1 y 4 días	Entre 5 y 8 días	Entre 9 y 11 días	Entre 12 y 14 días
17. Lloré en algunas ocasiones	Ningún día	Entre 1 y 4 días	Entre 5 y 8 días	Entre 9 y 11 días	Entre 12 y 14 días
18. Me sentí triste	Ningún día	Entre 1 y 4 días	Entre 5 y 8 días	Entre 9 y 11 días	Entre 12 y 14 días
19. Sentí que no le caía bien a los demás	Ningún día	Entre 1 y 4 días	Entre 5 y 8 días	Entre 9 y 11 días	Entre 12 y 14 días
20. Sentí que “no podía más” con mi vida	Ningún día	Entre 1 y 4 días	Entre 5 y 8 días	Entre 9 y 11 días	Entre 12 y 14 días

21. Tuve pensamientos sobre la muerte	Ningún día	Entre 1 y 4 días	Entre 5 y 8 días	Entre 9 y 11 días	Entre 12 y 14 días
22. Pensé que mis seres queridos (familia, amigos, pareja) estarían mejor, si yo muriera	Ningún día	Entre 1 y 4 días	Entre 5 y 8 días	Entre 9 y 11 días	Entre 12 y 14 días
23. Pensé en matarme	Ningún día	Entre 1 y 4 días	Entre 5 y 8 días	Entre 9 y 11 días	Entre 12 y 14 días

Escala de Apoyo Social (Matud, 1998)

Las siguientes preguntas se refieren a la presencia de personas que te dan o pueden darte apoyo o ayuda en diferentes ocasiones. Por favor, lee cada situación, piensa si cuentas o no con una persona para esa situación y luego marca con una X en la columna que indica cuánto cuentas con ella.

<i>Cuento o puedo contar con esta persona...</i>	Nunca	Rara Vez	Algunas Veces	Casi Siempre	Siempre
1. ¿Tienes alguien que te escuche cuando deseas hablar?	Nunca	Rara Vez	Algunas Veces	Casi Siempre	Siempre
2. ¿Tienes alguien que te consuele cuando estás triste?	Nunca	Rara Vez	Algunas Veces	Casi Siempre	Siempre
3. ¿Tienes a quien recurrir cuando tienes problemas económicos?	Nunca	Rara Vez	Algunas Veces	Casi Siempre	Siempre
4. ¿Tienes a quien recurrir cuando tienes problemas académicos o laborales?	Nunca	Rara Vez	Algunas Veces	Casi Siempre	Siempre
5. ¿Tienes a quien recurrir cuando tienes problemas familiares?	Nunca	Rara Vez	Algunas Veces	Casi Siempre	Siempre
6. ¿Tienes a quien recurrir cuando tienes problemas con tus amigos?	Nunca	Rara Vez	Algunas Veces	Casi Siempre	Siempre
7. ¿Tienes a quien recurrir cuando tienes problemas de pareja?	Nunca	Rara Vez	Algunas Veces	Casi Siempre	Siempre
8. ¿Tienes alguien con quien puedas ser como realmente eres?	Nunca	Rara Vez	Algunas Veces	Casi Siempre	Siempre
9. ¿Puedes contar con alguien que te cuide si lo necesitas?	Nunca	Rara Vez	Algunas Veces	Casi Siempre	Siempre
10. En situaciones de presión o tensión ¿Cuentas con alguien que te ayude a sentirte más tranquilo/a?	Nunca	Rara Vez	Algunas Veces	Casi Siempre	Siempre
11. ¿Tienes con quien salir de casa, si deseas hacerlo?	Nunca	Rara Vez	Algunas Veces	Casi Siempre	Siempre
12. ¿Tienes quién te dé información o te aconseje para resolver tus problemas?	Nunca	Rara Vez	Algunas Veces	Casi Siempre	Siempre
13. ¿Crees que hay personas que te quieren realmente?	Nunca	Rara Vez	Algunas Veces	Casi Siempre	Siempre

Escala de Desesperanza de Beck
(Beck Hopelessness Scale – BHS; Beck, Weissman, Lester y Trexler, 1974)

Por favor, lee cuidadosamente cada una de las siguientes frases. Si la frase describe tu situación personal DURANTE LAS DOS ÚLTIMAS SEMANAS (incluyendo hoy mismo), marca con una X en la columna **V** (Verdadero) frente a la respectiva frase y si la frase no refleja tu opinión, marca la columna **F** (Falso).

<i>Cuento o puedo contar con esta persona...</i>	V	F
1. Veo el futuro con entusiasmo y esperanza.	V	F
2. Es mejor abandonar todo porque no puedo hacer que las cosas cambien.	V	F
3. Cuando las cosas están mal, me tranquilizo porque sé que van a mejorar.	V	F
4. No puedo imaginar cómo será mi vida dentro de 10 años.	V	F
5. Tengo tiempo para hacer lo que más me gusta.	V	F
6. En el futuro espero tener éxito en lo que es más importante para mí.	V	F
7. Mi futuro es oscuro.	V	F
8. Me ha ido muy bien y espero obtener más cosas en la vida que la mayoría de las personas.	V	F
9. No he tenido oportunidades y creo que no las tendré en el futuro.	V	F
10. Mis experiencias pasadas me han preparado bien para el futuro.	V	F
11. Creo que mi futuro será más malo que bueno.	V	F
12. No tengo la esperanza de conseguir lo que quiero.	V	F
13. Cuando pienso en el futuro creo que seré más feliz de lo que soy ahora.	V	F
14. Las cosas no saldrán como yo quiero.	V	F
15. Tengo gran fe en el futuro.	V	F
16. Es una tontería desear algo pues nunca logro lo que quiero.	V	F
17. Es muy difícil que en el futuro logre algo que me haga realmente feliz.	V	F
18. Mi futuro es incierto.	V	F
19. El futuro me traerá más cosas buenas que malas.	V	F
20. Es inútil esforzarme por lo que quiero, porque lo más seguro es que no lo consiga.	V	F
21. Mi futuro no traerá nada bueno para mí.	V	F
22. En mi futuro todo saldrá mal.	V	F

Inventario de Solución de Problemas Sociales
(Social Problem Solving Inventory – SPSI; D`Zurilla, Nezu y Maydeu-Olivares, 1997)

Un **problema** es algo importante en la vida diaria que te preocupa mucho pero que no sabe cómo resolver o cómo hacer que deje de preocuparte tanto.

Recuerda cómo piensas, sientes y te comportas cuando te enfrentas a esos problemas.

Ahora, lee cuidadosamente cada frase y marca con una X en la casilla que refleje que tan de acuerdo están la frase y lo que tú normalmente haces cuando te enfrentas a un problema

Frente a esta situación estás	Totalmente en Desacuerdo	En Desacuerdo	De Acuerdo	Totalmente De acuerdo
1. Me preocupo demasiado por mis problemas en vez de resolverlos.	Totalmente en Desacuerdo	En Desacuerdo	De Acuerdo	Totalmente De acuerdo
2. Siento miedo cuando tengo problemas importantes.	Totalmente en Desacuerdo	En Desacuerdo	De Acuerdo	Totalmente De acuerdo
3. Cuando tomo decisiones, no tengo en cuenta todas las alternativas.	Totalmente en Desacuerdo	En Desacuerdo	De Acuerdo	Totalmente De acuerdo
4. Cuando tomo decisiones, no pienso en las consecuencias que cada alternativa puede traer a otras personas.	Totalmente en Desacuerdo	En Desacuerdo	De Acuerdo	Totalmente De acuerdo
5. Cuando tengo que resolver un problema, pienso en varias ideas y las uno para encontrar una mejor solución.	Totalmente en Desacuerdo	En Desacuerdo	De Acuerdo	Totalmente De acuerdo
6. Me siento inseguro(a) de mi mismo(a) cuando tomo decisiones importantes.	Totalmente en Desacuerdo	En Desacuerdo	De Acuerdo	Totalmente De acuerdo
7. Cuando no logro resolver un problema en el primer intento, creo que si continuo intentándolo lo podré resolver.	Totalmente en Desacuerdo	En Desacuerdo	De Acuerdo	Totalmente De acuerdo
8. Cuando tengo un problema hago lo primero que se me ocurre.	Totalmente en Desacuerdo	En Desacuerdo	De Acuerdo	Totalmente De acuerdo
9. Cuando tengo un problema espero a que desaparezca, en vez de intentar resolverlo.	Totalmente en Desacuerdo	En Desacuerdo	De Acuerdo	Totalmente De acuerdo
10. Creo que sería capaz de resolver problemas difíciles, aunque lo intente muchas veces.	Totalmente en Desacuerdo	En Desacuerdo	De Acuerdo	Totalmente De acuerdo
11. Los problemas difíciles me hacen sentir mal.	Totalmente en Desacuerdo	En Desacuerdo	De Acuerdo	Totalmente De acuerdo
12. Cuando resuelvo problemas, intento mirar lo bueno y lo malo de cada alternativa.	Totalmente en Desacuerdo	En Desacuerdo	De Acuerdo	Totalmente De acuerdo
13. Antes de tomar una decisión, pienso en las consecuencias que cada alternativa tendrá en el presente y en el futuro.	Totalmente en Desacuerdo	En Desacuerdo	De Acuerdo	Totalmente De acuerdo
14. Después de ensayar una alternativa de solución, miro qué salió bien y que salió mal.	Totalmente en Desacuerdo	En Desacuerdo	De Acuerdo	Totalmente De acuerdo

15. Después de intentar resolver un problema, miro aver si me siento mejor.	Totalmente en Desacuerdo	En Desacuerdo	De Acuerdo	Totalmente De acuerdo
16. Si me esfuerzo, creo que puedo resolver problemas difíciles.	Totalmente en Desacuerdo	En Desacuerdo	De Acuerdo	Totalmente De acuerdo
17. Cuando tengo un problema, busco información sobre él	Totalmente en Desacuerdo	En Desacuerdo	De Acuerdo	Totalmente De acuerdo
18. Me demoro tanto para solucionar un problema que cuando intento hacer algo, ya es demasiado tarde.	Totalmente en Desacuerdo	En Desacuerdo	De Acuerdo	Totalmente De acuerdo
19. Gasto más tiempo evitando mis problemas que resolverlos.	Totalmente en Desacuerdo	En Desacuerdo	De Acuerdo	Totalmente De acuerdo
20. Cuando tengo un problema, me siento tan mal que no puedo pensar con claridad.	Totalmente en Desacuerdo	En Desacuerdo	De Acuerdo	Totalmente De acuerdo
21. Antes de intentar resolver un problema, defino lo que quiero lograr.	Totalmente en Desacuerdo	En Desacuerdo	De Acuerdo	Totalmente De acuerdo
22. Después de ensayar una solución, miro si el problema mejoró.	Totalmente en Desacuerdo	En Desacuerdo	De Acuerdo	Totalmente De acuerdo
23. Veo mis problemas como un reto.	Totalmente en Desacuerdo	En Desacuerdo	De Acuerdo	Totalmente De acuerdo
24. Cuando resuelvo problemas, se me ocurren muchas ideas para solucionarlos.	Totalmente en Desacuerdo	En Desacuerdo	De Acuerdo	Totalmente De acuerdo
25. Cuando tomo decisiones, analizo las consecuencias de cada alternativa.	Totalmente en Desacuerdo	En Desacuerdo	De Acuerdo	Totalmente De acuerdo
26. Cuando tengo un problema importante, me deprimó y no hago nada.	Totalmente en Desacuerdo	En Desacuerdo	De Acuerdo	Totalmente De acuerdo
27. Antes de tomar una decisión, pienso cómo me sentiría con cada una de las alternativas.	Totalmente en Desacuerdo	En Desacuerdo	De Acuerdo	Totalmente De acuerdo
28. Cuando tengo un problema, miro si sus causas están a mí alrededor.	Totalmente en Desacuerdo	En Desacuerdo	De Acuerdo	Totalmente De acuerdo
29. Cuando tomo decisiones, utilizo un método que me ayude a escoger la mejor alternativa.	Totalmente en Desacuerdo	En Desacuerdo	De Acuerdo	Totalmente De acuerdo
30. Cuando resuelvo un problema, siempre tengo presente lo que quiero lograr.	Totalmente en Desacuerdo	En Desacuerdo	De Acuerdo	Totalmente De acuerdo
31. Miro mis problemas desde diferentes puntos de vista.	Totalmente en Desacuerdo	En Desacuerdo	De Acuerdo	Totalmente De acuerdo
32. Cuando no entiendo un problema, intento saber mas cerca de él.	Totalmente en Desacuerdo	En Desacuerdo	De Acuerdo	Totalmente De acuerdo
33. Me siento desanimado y triste cuando fallo en mis primeros intentos de resolver un problema.	Totalmente en Desacuerdo	En Desacuerdo	De Acuerdo	Totalmente De acuerdo

Inventario de Ideas Suicidas Positivas y Negativas
(Positive and Negative Suicidal Ideation – PANSI; Osman, Gutiérrez, et al., 1998)

A continuación encuentras una lista de frases que se pueden aplicar a tu caso personal o no. Por Favor lee atentamente cada frase y marca con una X en la opción que mejor refleje tu situación en las últimas **dos semanas**.

<i>Durante las últimas dos semanas...</i>	Nunca	Rara Vez	Algunas Veces	Nunca	Siempre
1. Has considerado seriamente matarte porque no pudiste cumplir con lo que otras personas esperaban de ti?	Nunca	Rara Vez	Algunas Veces	Casi siempre	Siempre
2. Has sentido que tenías el control de la mayoría de las situaciones de tu vida?	Nunca	Rara Vez	Algunas Veces	Casi siempre	Siempre
3. Pensaste en matarte porque no tenías esperanza en el futuro?	Nunca	Rara Vez	Algunas Veces	Casi siempre	Siempre
4. Te sentiste tan triste por tu relación con alguien importante, que quisiste estar muerto?	Nunca	Rara Vez	Algunas Veces	Casi siempre	Siempre
5. Pensaste en matarte porque no pudiste hacer algo que era muy importante en la vida?	Nunca	Rara Vez	Algunas Veces	Casi siempre	Siempre
6. Tuviste esperanza en el futuro porque las cosas están saliendo como tú querías?	Nunca	Rara Vez	Algunas Veces	Casi siempre	Siempre
7. Pensaste en matarte porque no encontraste una solución a un problema personal?	Nunca	Rara Vez	Algunas Veces	Casi siempre	Siempre
8. Te sentiste alegre porque te estaba yendo bien en el colegio o en el trabajo?	Nunca	Rara Vez	Algunas Veces	Casi siempre	Siempre
9. Pensaste en matarte porque viste que tu vida era un fracaso?	Nunca	Rara Vez	Algunas Veces	Casi siempre	Siempre
10. Pensaste que tus problemas eran tan graves que la única opción que tenías era suicidarte?	Nunca	Rara Vez	Algunas Veces	Casi siempre	Siempre
11. Te sentiste tan solo(a) o tan triste que querías matarte para así terminar con ese sufrimiento?	Nunca	Rara Vez	Algunas Veces	Casi siempre	Siempre
12. Tuviste confianza en las capacidades que tenías para enfrentar la mayoría de problemas de tu vida?	Nunca	Rara Vez	Algunas Veces	Casi siempre	Siempre
13. Sentiste que valía la pena vivir la vida?	Nunca	Rara Vez	Algunas Veces	Casi siempre	Siempre
14. Tuviste confianza en lograr tus metas en el futuro?	Nunca	Rara Vez	Algunas Veces	Casi siempre	Siempre

Inventario de Razones para Vivir
(Reasons For Living Inventory – RFL, Linehan, Goodstein, Nielsen y Chiles, 1983)

En algunas ocasiones las personas piensan en matarse a sí mismas o alguien les propone que se suiciden. En este cuestionario encontrarás algunas **razones** que las personas tienen para NO SUICIDARSE. Por favor lee cuidadosamente cada frase y marca con una X en la columna que mejor describa qué tan **importante** es **PARA TI** esa razón.

<i>Qué tan importante es para ti esta razón para no suicidarte?</i>	Nada Importante	Un poco Importante	Muy Importante
1. Cuando tengo un problema puedo acudir a mi familia para que me apoyen y/o aconsejen.	Nada	Un Poco	Muy
2. Mis amigos(as) se interesan por mí.	Nada	Un Poco	Muy
3. Creo que puedo manejar una situación difícil (como por ejemplo un divorcio, la separación de mis padres, la muerte de un ser querido) sin querer atentar contra mi vida.	Nada	Un Poco	Muy
4. Me gustaría lograr mis metas en el futuro.	Nada	Un Poco	Muy
5. Mi familia me dedica tiempo para escuchar lo que me pasa en el colegio, en el trabajo o en la casa.	Nada	Un Poco	Muy
6. Espero que muchas cosas buenas me pasen en el futuro.	Nada	Un Poco	Muy
7. Mi familia me da el cariño que necesito.	Nada	Un Poco	Muy
8. Estoy satisfecho(a) conmigo mismo(a).	Nada	Un Poco	Muy
9. Mis amigos me valoran y me tratan bien.	Nada	Un Poco	Muy
10. Soy optimista frente a mis planes y metas para el futuro.	Nada	Un Poco	Muy
11. Cuando estoy con mis amigos(as), siento que ellos(as) me valoran.	Nada	Un Poco	Muy
12. Me siento contento con la amistad que tengo con mis mejores amigos(as).	Nada	Un Poco	Muy
13. Me gusta estar con mi familia.	Nada	Un Poco	Muy
14. Creo que soy un buen ser humano.	Nada	Un Poco	Muy
15. Creo que voy a tener éxito en el futuro.	Nada	Un Poco	Muy
16. En general estoy contento(a) de que últimamente las cosas me han salido bien.	Nada	Un Poco	Muy
17. Pienso que el suicidio no es la forma de enfrentar mis problemas.	Nada	Un Poco	Muy
18. Quitarme la vida sería algo doloroso y me daría mucho miedo.	Nada	Un Poco	Muy
19. Tengo un gran respeto por mí mismo(a).	Nada	Un Poco	Muy
20. Me asusta la idea de matarme.	Nada	Un Poco	Muy
21. Me dan miedo los métodos que se usan para suicidarse.	Nada	Un Poco	Muy
22. Después de una discusión, prefiero buscar una solución al problema en lugar de pensar en el suicidio.	Nada	Un Poco	Muy
23. Si tengo un problema puedo contar con la ayuda de	Nada	Un Poco	Muy

mis amigos(as).			
24. Mi familia casi siempre me anima y me apoya para lograr mis metas.	Nada	Un Poco	Muy
25. A mi familia le interesa cómo me siento.	Nada	Un Poco	Muy
26. Mi futuro se ve bastante optimista y prometedor.	Nada	Un Poco	Muy
27. Le tengo miedo al suicidio.	Nada	Un Poco	Muy
28. Estoy contento(a) con mis relaciones familiares.	Nada	Un Poco	Muy
29. Mis amigos(as) me aceptan tal como soy.	Nada	Un Poco	Muy
30. Cuando tengo un problema me esfuerzo por entenderlo y evitar que se repita.	Nada	Un Poco	Muy
31. Tengo muchas metas que espero lograr en el futuro.	Nada	Un Poco	Muy
32. Prefiero buscar una solución a mis problemas en lugar de tratar de suicidarse.	Nada	Un Poco	Muy
33. Me siento bien conmigo mismo(a).	Nada	Un Poco	Muy
34. Me acepto tal como soy.	Nada	Un Poco	Muy
35. Cuando pienso en mi futuro, me siento tranquilo.	Nada	Un Poco	Muy
36. A mi familia le importa mucho lo que me pasa.	Nada	Un Poco	Muy
37. Estoy feliz conmigo mismo(a).	Nada	Un Poco	Muy
38. Pienso que todo problema tiene una posible solución.	Nada	Un Poco	Muy
39. Tendría miedo de hacer planes para atentar contra mi vida.	Nada	Un Poco	Muy
40. Me quedan muchas cosas para vivir.	Nada	Un Poco	Muy
41. Mis amigos(as) me apoyan cuando tengo un problema.	Nada	Un Poco	Muy
42. Creo que puedo tomar buenas decisiones sin considerar al suicidio como una de ellas.	Nada	Un Poco	Muy
43. Siento que mis amigos(as) me quieren y me aceptan.	Nada	Un Poco	Muy
44. Emocionalmente me siento bien con mi familia.	Nada	Un Poco	Muy
45. Tengo miedo de morir y por eso no pensaría en suicidarme.	Nada	Un Poco	Muy
46. Me gusta mi forma de ser.	Nada	Un Poco	Muy