

VALIDACION DE UN MODELO DE FACTORES PROTECTORES FRENTE A LA  
IDEACIÓN SUICIDA EN ESTUDIANTES DE BACHILLERATO DE LA CIUDAD  
DE SAN JUAN DE PASTO

(Trabajo para optar el título de psicólogas)

Rudy Helena Cabrera Zambrano

Leidy Amparo Castillo Muñoz

UNIVERSIDAD DE NARIÑO  
FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS  
PROGRAMA DE PSICOLOGÍA

2008

VALIDACION DE UN MODELO DE FACTORES PROTECTORES FRENTE A LA  
IDEACIÓN SUICIDA EN ESTUDIANTES DE BACHILLERATO DE LA CIUDAD  
DE SAN JUAN DE PASTO

(Trabajo para optar el título de psicólogas)

Rudy Helena Cabrera Zambrano

Leidy Amparo Castillo Muñoz

Asesor

Ps. Fredy Hernán Villalobos Galvis

UNIVERSIDAD DE NARIÑO  
FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS  
PROGRAMA DE PSICOLOGÍA

2008

**TABLA DE CONTENIDO**

LISTA DE TABLAS	7
LISTA DE FIGURAS	9
NOTA DE ACEPTACION	10
AGRADECIMIENTOS	11
DEDICATORIA	12
DEDICATORIA	13
RESUMEN	14
ABSTRACT	15
INTRODUCCION	16
PROBLEMA	17
Planteamiento del Problema	17
Formulación del Problema	20
Sistematización del Problema	20
Justificación	21
Objetivos	26
Objetivo General	26
Objetivos Específicos	26
MARCO TEÓRICO	27
Antecedentes Históricos	27
Aportes Teóricos al Comportamiento Suicida	29

	Factores protectores e ideación suicida	4
	Perspectiva Genética	29
	Perspectiva Bioquímica	31
	Perspectiva Sociocultural	32
	Perspectivas Psicológicas: Modelo Cognitivo	33
Comportamental		
	Suicidio	36
	Ideación Suicida	37
	Suicidio en Adolescentes	40
	Factores de Riesgo	41
	Factores Protectores de la Salud Mental: su papel en el	42
suicidio		
	Nivel Personal	46
	Autoestima	46
	Nivel de Microsistema	49
	Apoyo social	49
	Sistema familiar	51
	Solución de problemas	60
	Modelo Integrador de Factores Protectores Frente a la	62
Ideación Suicida		
	MARCO DE REFERENCIA CONCEPTUAL	66
	Suicidio	66
	Ideación Suicida	66
	Factores Protectores	66

Apoyo Social	67
Autoestima	67
Solución de Problemas	67
Cohesión Familiar	68
Adaptabilidad Familiar	68
METODO	69
Tipo de Estudio	69
Diseño	70
Sujetos	70
Población	70
Muestra	71
Procedimiento	72
Instrumentos	72
Escala de Apoyo Social	72
Escala de Autoestima	72
Escala FACES A y C	73
Inventario de Solución de Problemas Sociales	73
Inventario de Ideas Positivas y Negativas	74
Variables	74
Variables Criterio	74
Variables Predictoras	74
Hipótesis	74
Hipótesis de Trabajo	74

	Factores protectores e ideación suicida	6
	Hipótesis Nula	75
	ANÁLISIS DE DATOS	76
	Descripción de Variables de Estudio	76
	Relaciones Significativas entre Variables de Estudio y	78
Variables Control		
	Relación entre Variables Predictoras	85
	Relación entre Variable Predictora y la variable Criterio	96
	Análisis de Regresión Múltiple	102
	Correlación entre Variables de Estudio	103
	Cálculo del Modelo de Regresión	104
	DISCUSION Y CONCLUSIONES	109
	RECOMENDACIONES Y SUGERENCIAS	119
	LISTA DE REFERENCIAS	122
	ANEXOS A. Escala de apoyo social	129
	ANEXOS B. Escala de autoestima	131
	ANEXOS C. Escala de adaptabilidad y cohesión familiar	132
	ANEXOS D. Inventario de solución de problemas sociales	133
	ANEXOS E. Escala de ideación suicida	135
	ANEXOS F. Documento de autorización informada para padres o	136
acudientes		
	ANEXOS G. Autorización informada	140
	ANEXOS H. Documento de aceptación informada para estudiantes	141
	ANEXOS I. Documento de aceptación	145

**Lista de Tablas**

Tabla 1. Distribución de categorías y variables de estudio para la muestra	77
Tabla 2. Categorización para la variable criterio	78
Tabla 3. Diferencia significativa entre adaptabilidad y género	79
Tabla 4. Diferencia significativa entre cohesión y género	80
Tabla 5. Diferencia significativa entre autoestima y grupo escolar	81
Tabla 6. Diferencia significativa entre cohesión y grado escolar	82
Tabla 7. Diferencia significativa entre solución de problemas y grado escolar	83
Tabla 8. Diferencia significativa entre autoestima y sector	84
Tabla 9. Relación entre adaptabilidad y autoestima	86
Tabla 10. Relación entre autoestima y cohesión	87
Tabla 11. Relación entre apoyo social y autoestima	88
Tabla 12. Relación entre solución de problemas y autoestima	89
Tabla 13. Relación entre cohesión y adaptabilidad	90
Tabla 14. Relación entre apoyo social y adaptabilidad	91
Tabla 15. Relación entre apoyo social y cohesión	92
Tabla 16. Relación entre solución de problemas y adaptabilidad	93
Tabla 17. Relación entre solución de problemas y cohesión	94
Tabla 18. Relación entre apoyo social y solución de problemas	95
Tabla 19. Relación entre autoestima e ideación suicida	97
Tabla 20. Relación entre adaptabilidad e ideación suicida	98

Tabla 21. Relación entre cohesión familiar e ideación suicida	99
Tabla 22. Relación entre apoyo social e ideación suicida	100
Tabla 23. Relación entre solución de problemas e ideación suicida	101
Tabla 24. Estadísticas descriptivas de las variables de estudio	103
Tabla 25. Correlación entre variables de estudio	104
Tabla 26. Cálculo del modelo de Regresión	106
Tabla 27. Análisis de varianza	107
Tabla 28. Modelo de regresión múltiple	108

**Lista de Figuras**

Figura 1. Modelo Ecológico de Bronfenbrenner y Belsky	45
Figura 2. Modelo Circumplejo de Olson	52
Figura 3. Modelo integrador de factores protectores frente a la ideación suicida	65
Figura 4. Modelo integrador de factores protectores frente a la ideación suicida	117

**NOTA DE ACEPTACION**

---

---

---

---

---

---

---

---

Presidente

---

Jurado A

---

Jurado B

## **AGRADECIMIENTOS**

Los buenos trabajos siempre exigen esfuerzo, dedicación y constancia y, fueron justamente estas características las que nos permitieron alcanzar una de nuestras metas anheladas. Esto no hubiera sido posible sin el acompañamiento incondicional de personas significativas que contribuyeron en el transcurso de este proceso académico y personal.

Nos referimos al psicólogo FREDY HERNAN VILLALOBOS GALVIS, quien además de brindarnos su conocimiento y apoyo académico y profesional, nos enseñó el verdadero valor de un ser integral, que dentro de la humildad encuentra la forma de aportarle al sentido de vida de un otro.

De igual forma, agradecimientos especiales a cada uno de los integrantes de la línea de investigación en suicidio liderada por nuestro asesor.

**DEDICATORIA**

*A Dios, a mi padre y mis abuelitos quienes  
alumbraron el camino para el logro  
de una de mis metas anheladas.*

*A mi madre, por su incondicional amor,  
confianza y sacrificio y por enseñarme  
el verdadero valor de la vida.*

*A mis hermanos por su apoyo.  
A mis sobrinitas por su inocencia y espontaneidad.*

*A William por su amor.*

**RUDY**

**DEDICATORIA**

*A mis padres por su amor sincero,  
por su apoyo incondicional y su esfuerzo  
incansable que me ha enseñado que día tras día  
se lucha por un sueño,  
un sueño que en medio del llanto  
y de las sonrisas se puede lograr.*

*A Andrés por compartir mi sueño.*

*LEIDY*

## RESUMEN

Con el fin de validar un modelo integrador de factores protectores frente a la ideación suicida se llevó a cabo un estudio correlacional en el cual se aplicó una batería de instrumentos de medición psicológica previamente estandarizados en la ciudad de San Juan de Pasto, a una muestra representativa de 766 estudiantes de colegios públicos y privados, con edades comprendidas entre los 11 y 18 años. Para el análisis de las relaciones entre variables se hizo uso de la técnica del Chi Cuadrado ( $\chi^2$ ), demostrándose asociaciones entre todas las variables de estudio. Para validar el modelo predictivo se hizo uso del análisis de regresión lineal múltiple, con la técnica Stepwise, en virtud de la cual se pudo definir un modelo integrador, compuesto por factores que en orden del valor de protección, se disponen de la siguiente forma: solución de problemas, apoyo social, autoestima y adaptabilidad familiar. En este modelo no apareció como variable predictora significativa la Cohesión Familiar. Se concluye que es la acción conjunta de estos factores protectores la que permite una disminución en la presencia de la ideación suicida en estudiantes de bachillerato.

*Palabras clave:* suicidio, ideación suicida, factores protectores, promoción de la salud, apoyo social, autoestima, solución de problemas, cohesión y adaptabilidad familiar.

**ABSTRACT**

In order to validate an integrative model of protective factors against suicidal ideation; a correlational research was developed in which a previous standardized instruments set of psychological measurement was applied to a representative sample formed by 766 private and state schools students aged between 11 and 18 in the city of San Juan de Pasto. To analyze the relationships between variables, Chi-square technique was employed; demonstrating associations among all the research variables. To validate predictive model, the multiple linear regression analysis was employed with the Stepwise technique, in witness where of an integrative model composed by factors which are arranged by protection value order in this way: problems solution, social support, self-esteem and familiar adaptability, could be defined. Familiar cohesion didn't showed up to be a meaningful predictor variable. Thus it is concluded that is joint action of these protective factors which allows a decrease in the presence of suicidal ideation in secondary school students.

Key Words: suicide, suicidal ideation, protective factors, health promotion, social support, problems solution, cohesion and familiar adaptability.

## INTRODUCCIÓN

El problema del suicidio ha sido estudiado desde varias perspectivas psicológicas, las cuales intentan dar explicación al aumento de casos de suicidio. Sin embargo, atendiendo a la conducta suicida como tal, son pocos los estudios que centran su atención en el inicio de esta conducta como lo es la ideación suicida, y aun más en aquellos factores que protegen a una persona frente a la misma.

Atendiendo a la anterior consideración este estudio pretendió validar un modelo de factores protectores frente a la ideación suicida, para lo cual se recurrió a pruebas psicológicas estandarizadas en la ciudad de Pasto, así como a métodos estadísticos que le brindan claridad, objetividad y precisión al estudio. De esta manera, mediante el análisis de regresión múltiple y la prueba del Chi cuadrado ( $\chi^2$ ), se llevó a cabo un proceso de correlación entre los factores protectores solución de problemas, apoyo social, autoestima, adaptabilidad y cohesión familiar y a su vez la asociación que estos presentan con la ideación suicida.

Finalmente, se valida y se establece un modelo que permite promocionar la salud mental y prevenir la ideación suicida, el cual establece que ante un evento vital estresante, es la acción conjunta de estos factores protectores (exceptuando la cohesión) la que le permite a un estudiante enfrentarlo adecuadamente, adoptado comportamientos más funcionales.

## **PROBLEMA**

### **Planteamiento del Problema**

El suicidio es la primera causa de muerte violenta en el mundo. En efecto, hay tantos muertos por suicidio como por homicidio y conflictos bélicos. La tasa de mortalidad por suicidios registrada, oficialmente, por la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2006, citada por Gómez, Rodríguez, Bohórquez, Ospina y Fernández, 2007) es de 14,5 por 100.000 habitantes al año. Se trata de la cuarta causa de muerte en el grupo de edad comprendido entre los 15 y 44 años y la decimotercera causa de muerte en general. Pero el problema excede al de las muertes. Por un lado, las secuelas de suicidios fallidos constituyen la sexta causa de mala salud y discapacidad, originando un costo valorado en miles de millones de dólares anuales en el país en que se presenten. Por otro lado, los sobrevivientes al acto suicida están más expuestos al desarrollo de trastornos psicopatológicos ya que la dificultad para elaborar el duelo, el miedo a la vulnerabilidad propia y familiar, la culpa y los sentimientos ambivalentes, son factores que influyen en el desarrollo de trastornos de ansiedad, trastornos de estrés postraumático y episodios depresivos mayores (Téllez y Forero, 2006).

Sabemos que el intento de suicidio es una problemática psicosocial, que se evidencia en nuestro país, ya que cada media hora, una persona busca quitarse la vida; y cada cuatro horas y cuarenta minutos, en promedio, alguien lo logra; según el Instituto Departamental de Salud de Nariño (IDSN, 2006), por cada persona que se suicida hay como mínimo, otras diez personas que lo intentan de manera fallida, y por lo menos una de ellas queda con secuelas graves como son: baja autoestima, sentimientos de culpa, depresión severa, prospección incierta hacia el futuro, aislamiento social, inestabilidad

dentro del grupo familiar, entre otros factores psicológicos que pueden incidir en un nuevo intento.

El departamento de Nariño no se aleja de esta situación, agravándola aun más, el hecho de que la mayoría de los casos de suicidio son de personas que tenían entre los 15 y 25 años (IDSN, 2006), es decir, población joven con una expectativa de vida de aproximadamente 50 años y que además se encontraba en edad productiva. Por otro lado, aquellos que intentan suicidarse sin lograr su objetivo, suponen costos significativos para el sector de atención en salud, los cuales generalmente se traducen en costos al estado. Así también un suicidio o incluso un intento de suicidio, en la medida que se constituye en un evento vital estresante para las personas cercanas al suicida, representa un alto costo emocional para la familia y grupo social secundario de quien se suicida.

En los últimos seis años, el Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses (2006), ha registrado 419 muertes por suicidio en el departamento de Nariño, de estas 255 han tenido lugar entre el año 2002 y 2005. En el año 2006, se han reportado 55 muertes por suicidio, de las cuales 37 fueron hombres, lo cual representa el doble con referencia al género femenino y muestra un incremento del 70% con respecto al año anterior, sin que se conozca la causa de tan importante incremento. En cuanto a la edad, las muertes que se registraron muestran casos entre los 15 y 44 años. Estos datos, ubican al Departamento de Nariño en los primeros lugares a nivel nacional, según la tasa de suicidio por año, y se convierte en un claro indicador de que en la dinámica sociocultural existen algunos elementos de disfuncionalidad, probablemente asociados a la vulnerabilidad frente a diversas situaciones potencialmente generadoras de malestar.

En cuanto a intentos de suicidio, en el municipio de Pasto se notificaron 192

casos de intentos de suicidio durante el año 2002, de los cuales aproximadamente el 57% corresponden al Municipio de Pasto y el 43% restante son casos remitidos de otras localidades. En el sexo femenino se presentaron mayor número de casos de intentos de suicidio, con un 59.3%, frente al masculino con un 40.7%; en cuanto a casos de suicidio consumado la relación de hombres con respecto a mujeres es de 4 a 1. En cuanto a las edades, el grupo con más intentos de suicidio correspondió al de 15 a 19 años con un 42.8%, seguido por el de 20 a 24 años en un 22%, siendo los jóvenes los de mayor riesgo, al igual que en el caso de suicidios consumados (Chávez et al, citados por Tejada, 2007).

Los datos indican que tanto el intento de suicidio como el suicidio, son una problemática evidente que ha generado importante disposición por parte de las entidades públicas y privadas en el departamento de Nariño y específicamente en la ciudad de San Juan de Pasto, mediante la creación e implementación de estrategias dirigidas a reducir la tasa de suicidio en este contexto. Sin embargo, el número de investigaciones realizadas en Nariño con el fin de profundizar en el conocimiento de los factores asociados a las causas de la problemática aún resultan insuficientes.

De igual manera, la mayoría de las investigaciones que se han realizado en este contexto particular, apuntan a identificar las causas del por qué una persona intentó suicidarse o por qué lo hizo; es decir, las investigaciones se realizan cuando ya ha ocurrido la problemática, cuando el daño ya está hecho. Sin embargo, el conocimiento científico debería orientarse a promocionar la salud mental aún cuando la problemática en un grupo de adolescentes no esté presente, con el fin de conocer los factores que llevan a una persona a suicidarse y sobre todo aquellos factores que la protegen y que le permiten enfrentarse de una forma más adaptativa a los eventos vitales que le pueden

causar malestar.

De acuerdo con investigaciones realizadas para indagar sobre la incidencia de variables personales, familiares y sociales en adolescentes que presentan ideación suicida o intento de suicidio, se ha encontrado que estas convergen entre sí e intentan explicar el por qué una persona piensa o intenta quitarse la vida. Los resultados plantean que variables como autoestima, apoyo social, funcionamiento familiar y habilidades para resolver un problema pueden ser factores de riesgo, al ser evaluadas por el adolescente como deficientes o escasas y por el contrario pueden convertirse en factores protectores cuando son percibidos como adecuados o suficientes (Lieberman, Solomon, y Ginzburg, 2005).

Es así como se hace necesario realizar estudios sobre este tema y en particular investigaciones que apunten a la promoción de la salud mental y por ende a la prevención de la problemática suicida, los cuales sean incluidos en la planeación e implementación de programas dirigidos a fortalecer factores que actúen como protectores ante las dificultades de la vida.

### **Formulación del Problema**

¿Cuál es la validez un modelo que relaciona factores protectores frente a la ideación suicida en estudiantes de bachillerato, de la ciudad de San Juan de Pasto?

### **Sistematización del Problema**

¿Qué relación existe entre autoestima e ideación suicida en estudiantes de bachillerato de la ciudad de San Juan de Pasto?

¿Cuál es la relación entre solución de problemas e ideación suicida en

estudiantes de bachillerato de la ciudad de San Juan de Pasto?

¿Cuál es la relación entre apoyo social e ideación suicida en estudiantes de bachillerato de la ciudad de San Juan de Pasto?

¿Qué relación existe entre adaptación y cohesión familiar e ideación suicida en estudiantes de bachillerato de la ciudad de San Juan de Pasto?

¿Qué relación existe entre los factores protectores solución de problemas, apoyo social, autoestima, adaptabilidad y cohesión familiar?

¿Cuál es el modelo de regresión que relacionaría factores protectores e ideación suicida en estudiantes de bachillerato de la ciudad de San Juan de Pasto?

### **Justificación**

En el estudio del suicidio se han identificado diversos factores demográficos, personales, sociales, culturales, biológicos, etc. (Delgado y Insuasty, 2003), que posiblemente se encuentran relacionados con las causas de esta problemática. El interés por conocer aquellos aspectos que tengan alguna relación con el suicidio tiene que ver con el hecho de que su conocimiento y análisis pueden aportar significativamente en la construcción e implementación de estrategias de prevención eficaces.

En cuanto a los factores que hasta ahora se han estudiado de manera más amplia en diversos contextos, se encuentran las características demográficas, las situaciones estresantes que pueden estar relacionadas con las conductas suicidas, aspectos socioculturales, características personales como variables cognitivas, historia de vida, personalidad, apoyo familiar y social y algunos elementos biológicos (Sue, D., Sue, D., y Sue, S., 1998).

La OMS (2006, citada por Gómez, Rodríguez, Bohórquez, Ospina y Fernández,

2007) afirma que los pensamientos suicidas ocasionales “son parte de un proceso normal de desarrollo en la infancia y adolescencia al tratar de elucidar los problemas existenciales”. Sin embargo, habría que tener en cuenta que la ideación (ideas recurrentes con plan estructurado) si suele estar enmarcada en un estado de crisis sobre el cual es necesario intervenir para prevenir los intentos suicidas. Si bien no hay acuerdo frente a la consideración según la cual el suicidio se presenta como una cadena de sucesos que pasa por etapas, la ideación y el intento sí aumentan la probabilidad de ocurrencia del suicidio consumado, prueba de esto, son los diversos casos de suicidio que evidencian, al menos, un intento previo.

A partir de la definición propuesta por la OMS en los años 80, en donde por salud se entiende, “el estado de completo bienestar físico, mental y social y no sólo la ausencia de enfermedad”, se debe tener en cuenta la complejidad del suicidio, la cual implica considerar una etiología multifactorial, que lo constituye en sí mismo como un indicador de malestar social, entonces es preciso trabajar en su prevención, identificando aquellas estructuras emocionales, personales y ambientales que actúan como factores protectores ante la ideación, el intento o la consumación suicida. Tales factores son connotados de esta forma, ya que se constituyen como aquellas fortalezas con las que cuenta una persona para enfrentar diversas situaciones vitales, incluyendo las características personales, los contextos y condiciones en particular que le permiten adoptar un comportamiento más funcional (OMS, 2006, citada por Gómez, Rodríguez, Bohórquez, Ospina y Fernández, 2007).

De esta forma la OMS (2006, citada por Gómez, Rodríguez, Bohórquez, Ospina y Fernández, 2007), plantea como principales factores que promueven protección contra el comportamiento suicida aquellos que son de índole familiar, personal y ambiental;

aludiendo a lo propuesto por esta organización, el presente estudio expone como factores protectores frente a la ideación suicida, a la autoestima, el apoyo social, la resolución de problemas, y la adaptación y cohesión familiar, reconociendo así en este problema la multidimensionalidad, es decir, la presencia de diversos factores que puedan converger en este tipo de comportamiento, de este modo la investigación remite su interés a la totalidad real en la que una persona puede encontrarse en el momento de idear un suicidio, lo cual despliega una extensa relación entre elementos personales, cognitivos y ambientales, que parten desde lo enteramente individual, extendiéndose y haciendo partícipe, la parte interpersonal que se desenvuelve en un contexto específico.

El reconocimiento y estudio de este tipo de elementos permitirá plantear propuestas de intervención más eficaces con el fin de promocionar la salud mental y la apropiación de la misma, a partir de estos factores protectores, puesto que al identificar estos factores protectores frente a la ideación suicida, tendrá efectos positivos para la implementación de programas dirigidos a la promoción de la salud mental, gracias a la validez que ofrece el modelo propuesto. En el campo de la prevención a nivel primario y secundario se podrían proponer estrategias que fortalezcan la comunicación familiar, el concepto de sí mismo, las habilidades para resolver problemas y las relaciones interpersonales. De igual forma, en la intervención terciaria, donde la problemática ya existe, es necesario trabajar en estos factores para prevenir futuros intentos de suicidio o suicidios consumados.

Así en el ámbito educativo se podrían plantear propuestas que promuevan la salud mental del estudiante y promuevan su equilibrio y bienestar integral a través de programas orientados a mejorar la autoestima, capacitar en habilidades para vivir y fortalecer redes de apoyo social.

De igual forma, el trabajo de los profesionales de la psicología en cuanto a conocimiento teórico que resulte de esta investigación puede brindarles la oportunidad de fortalecer su accionar en cuanto a casos de suicidio y la forma de prevenirlo mediante programas de promoción de la salud mental, ofreciendo así una atención con mayor efectividad, esto acorde con la visión del programa de psicología de la Universidad de Nariño, el cual plantea la proyección social en pro del bienestar de la comunidad nariñense.

En lo que respecta al campo de la salud los aportes de los cuales se puede apropiarse a partir de esta investigación le proporcionan formas y estrategias para la promoción de la salud, teniendo en cuenta que al hablar de salud se hace en forma integral, salud orgánica acompañada de salud psicológica o salud emocional, de igual forma se establecería una relación sistémica al trabajar inter disciplinariamente entre la medicina y la psicología.

Los planes de acción, elaborados y en desarrollo, propuestos para el sector gubernamental se verían del mismo modo enriquecidos al contar con datos e información de problemáticas reales de este contexto, que enmarcan así este trabajo como algo fundamental para el desarrollo humano y social de la población en la búsqueda de mejorar su salud mental.

Por otra parte, el proyecto se asume desde una posición cuantitativa orientada desde un modelo estadístico, que por las características de la investigación y para mayor precisión se orientará desde el modelo de regresión el cual permite comprobar como una variable predictora se asocia a un variable criterio, en este sentido se intenta evaluar como un conjunto de variables predictoras tomadas como un todo permiten predecir la variable criterio, refiriéndonos así al modelo de regresión lineal múltiple.

El asumir esta posición responde a los principios epistemológicos del modelo teórico desde el cual se trabaja y de igual forma se pretende generar un aporte bajo condiciones y requerimientos que se asumen propios desde la psicología científica. Aludiendo a esta última, la objetividad también está dada por la utilización de instrumentos psicológicos confiables validados en la ciudad de San Juan de Pasto, los cuales permiten evaluar en la población estudiada cada uno de los factores propuestos para esta investigación.

La investigación se constituye entonces en un proyecto novedoso e interesante en el cual se enfatiza en la identificación de agentes que protegen al individuo sobre el riesgo incidente en la ideación suicida, pues en comparación con la enorme investigación sobre factores de riesgo en las poblaciones jóvenes, para desarrollar conductas suicidas se ha realizado relativamente poco en la identificación de factores que puedan proteger contra el desarrollo del riesgo suicida (Spirito y Overholser, citados por Hernández y Gómez, 2006).

Por otra parte nuestro sentir como estudiantes de psicología y como nariñenses, frente a problemáticas reales como el intento de suicidio y suicidio, no podría ser ajeno, pues como jóvenes investigadoras podemos contribuir a identificar factores que permitan potencializar la vida.

En virtud de lo anterior, lo que se pretende en este caso es trascender en aquellos casos donde la vida aún palpita, indagando sobre las razones para continuar viviendo, estudiar un por qué del seguir existiendo y cómo lograrlo, un estudio que al contrario de indagar *¿por qué lo hiciste?*, cuestione: *¿por qué no aferrarse a la vida?*

## **Objetivos**

### ***Objetivo General***

Validar un modelo de factores protectores frente a la ideación suicida en estudiantes de bachillerato de la ciudad de San Juan de Pasto.

### ***Objetivos Específicos***

Determinar qué relación existe entre autoestima e ideación suicida en estudiantes de bachillerato de la ciudad de Pasto.

Establecer cuál es la relación entre resolución de problemas e ideación suicida en estudiantes de bachillerato de la ciudad de Pasto.

Identificar cuál es la relación existente entre apoyo social e ideación suicida en estudiantes de bachillerato de la ciudad de Pasto.

Definir el tipo de relación existente entre adaptación y cohesión familiar e ideación suicida en estudiantes de bachillerato de la ciudad de Pasto.

Establecer qué relación existe entre los factores protectores solución de problemas, apoyo social, autoestima, cohesión y adaptabilidad familiar.

Estimar el modelo de regresión que relacionaría factores protectores e ideación suicida en estudiantes de bachillerato de la ciudad de San Juan de Pasto.

## MARCO TEÓRICO

### Antecedentes Históricos

El suicidio es un fenómeno universal que ha estado presente en todas las épocas y culturas, pero la actitud de las sociedades a lo largo de la historia ha sido diferente dependiendo de las influencias religiosas, filosóficas, culturales, sociopolíticas y sobretodo de las ideas prevalecientes de la muerte y del más allá.

Schneidman (citado por Sherr, 1992) haciendo una revisión histórica del comportamiento suicida describe cómo durante las épocas de la Grecia Clásica, los romanos tenían muy poco respeto por la vida, contemplando el suicidio de una manera neutral e incluso, positiva. Desde el punto de vista religioso, la posición cristiana, al concederle un gran respeto a la vida, especialmente al alma en el más allá, dio como resultado que la iglesia introdujera serias discusiones en lo referente al comportamiento suicida. San Agustín en el siglo IV, categóricamente rechazó cualquier forma de comportamiento suicida. Para la sociedad occidental, el comportamiento suicida fue considerado pecaminoso por cientos de años y se establecieron leyes tanto para aquel que cometiera un intento de suicidio como para aquella persona que lo ayudara, preceptos que se iniciaron en Inglaterra y se generalizaron a la mayoría de los países occidentales (Schneidman citado por Sherr, 1992).

Por otro lado en otras culturas el suicidio fue aceptado y reconocido como signo de valor. En Roma y Grecia existían lugares públicos específicos para efectuarlo, se veía con aprobación en militares derrotados o políticos a los que se les hubiera detectado como corruptos. En la India se realizaba como camino para conseguir el Nirvana, en

Japón era una cuestión de honor y en Egipto como un camino hacia la libertad. Contrariamente, en otros países como Francia, la iglesia condenaba duramente al suicidio, por lo que empezó a castigar severamente a quienes intentaban suicidarse y en el siglo XIII, Santo Tomás de Aquino atribuyó el suicidio a una inspiración demoníaca y a un pecado contra Dios. Sólo seis siglos más tarde se haría un importante avance en la materia: hacia 1820, el médico J.P. Falret señaló que el suicidio era resultado de un “trastorno mental” y en 1838, Esquirol se refirió al acto suicida como a una consecuencia de una crisis de tipo afectivo. (Delgado e Insuasty, 2004).

Posteriormente, con la aparición del capitalismo y la sociedad industrial, el suicidio se comienza a considerar como un problema social, de la misma manera que el alcoholismo, la pobreza, el crimen y la enfermedad (Montalbán, 1998).

Desde el punto de vista legal, el acta sobre el suicidio en Inglaterra en 1961, es altamente significativa. A través de ella, las penalidades criminales fueron abolidas y, en segundo lugar, los sobrevivientes de intentos ya no fueron sujetos a juicio criminal. Finalmente, se incrementaron los castigos para las personas que ayudaran a favorecer el acto suicida. Esta iniciativa se generalizó a otros países; sin embargo para la persona que hace intento de suicidio o se suicida no hay ninguna ley que lo condene a excepción de los preceptos de la cultura en cual esté involucrada la persona (Montalbán, 1998).

Algunos de estos preceptos aún se mantienen en la época moderna, en la cual se trata de comprender este complejo fenómeno a través de la investigación y formulación de teorías desde distintos enfoques metodológicos; sin embargo, y a pesar de los esfuerzos, son muchos los interrogantes que aún quedan, los cuales vemos reflejados dentro de la sociedad mediante la mitología y estigmatización asociada con el tema del

suicidio.

### **Aportes teóricos a la Comprensión del Comportamiento Suicida**

A partir del siglo XIX se comienzan a realizar las primeras investigaciones acerca del comportamiento suicida, las cuales son formuladas por especialistas en varias áreas del conocimiento, quienes intentan dar aportes desde sus propias perspectivas, llegando a la conclusión final que difícilmente un solo aspecto o punto de vista permite explicar el origen de esta conducta; ya que al parecer las variables que intervienen en este comportamiento son muchas: genéticas, bioquímicas, socioculturales y psicológicas; las cuales se combinan entre sí originando mayor o menor vulnerabilidad en el individuo.

A continuación se mencionan aportes al tema del suicidio desde las diferentes perspectivas.

#### ***Perspectiva Genética***

Los estudios con familias han demostrado que la transmisión genética juega un papel importante en la neurobiología de la conducta suicida independientemente de los factores de herencia relacionados con las diferentes enfermedades mentales.

Courtet y colaboradores (citados por Téllez y Forero, 2006) consideran que los factores genéticos relacionados con la impulsividad y el suicidio insinúan una alteración en el sistema serotoninérgico al haberse identificado como genes candidatos al gen que codifica la producción de la enzima triptofano hidroxilasa (TPHA), enzima que regula la cantidad de serotonina producida, y al gen que codifica la proteína transportadora de serotonina. Sin embargo, aún falta por dilucidar la relación entre el genotipo (alteración

en el metabolismo de la serotonina) y el fenotipo (impulsividad, incapacidad para controlar la ira).

En cuanto a la historia familiar del comportamiento suicida, estudios con gemelos y de adopción han demostrado que la vulnerabilidad al suicidio se relaciona con un componente genético, en el que los gemelos monocigóticos tienen mayor grado de concordancia para suicidio que los dicigóticos (Téllez y Forero, 2006).

Una historia familiar de conducta suicida incrementa, de modo importante, el riesgo de suicidio consumado y de intento de suicidio. Dado que el suicidio y el trastorno psiquiátrico casi siempre coexisten, ambos fenómenos deben ser considerados sobre si una aparente familiaridad se refleja específicamente en el suicidio, o bien, si se trata de una asociación con la psicopatología o enfermedad psiquiátrica parental. Más recientemente, un estudio danés con datos del registro y estadísticas vitales de ese país señala que el suicidio adolescente es cinco veces más probable en los hijos de madres y dos veces más probable en los hijos de padres que han cometido suicidio, después de ajustar por historia psiquiátrica parental (Hernández y Gómez, 2006).

En un estudio de gemelos adolescentes realizado por Missouri (Heath et al., citados por Hernández y Gómez, 2006) se aborda la cuestión de la herencia versus el ambiente entre jóvenes que han intentado suicidarse. Ciento treinta pares de gemelos adolescentes fueron afectados por un intento de suicidio dentro de una muestra representativa total de 3.416 gemelos adolescentes. Después de controlar otros factores de riesgo psiquiátricos, la razón de gemelo/co-gemelo fue de 5.6 (intervalo de confianza [IC] de 95%, 1.75-17.8) para monocigóticos y de 4 (95% IC 1.1-14.7) para los dicigóticos, sugiriendo un grado de heredabilidad para la suicidalidad (Glowinski et al., 2001, citados por Hernández y Gómez, 2006).

Tal heredabilidad en adolescentes suicidas parece ganar más respaldo a partir de un meta-análisis realizado por McGuffin et al (citados por Hernández y Gómez, 2006), quienes re-evaluaron un gran número de estudios publicados de datos con gemelos (de todas edades). Tales autores concluyeron que los parientes de primer grado de suicidas tienen más del doble del riesgo que la población general, con un aumento en el riesgo relativo de 11 entre co-gemelos suicidas idénticos, aproximadamente. La heredabilidad estimada para el suicidio consumado fue de 43% (95% IC 25-60)

### ***Perspectiva Bioquímica***

Esta perspectiva hace referencia a las anormalidades bioquímicas, pues se ha encontrado que un químico, el Acido 5-hidroxiindoleacético (5HIAA), está relacionado con la presentación del suicidio (D. Sue, Sue, D., y S. Sue, 1998). Al parecer el fluido espinal de algunos pacientes deprimidos contiene cantidades anormalmente bajas de 5HIAA, el cual es producido cuando la serotonina, un neurotransmisor que influye en los estados de ánimo y en las emociones, se desintegra en el cuerpo. Se ha indicado que pacientes con niveles bajos de 5HIAA tienen mayor probabilidad que otros de cometer suicidio, así como también de seleccionar métodos violentos para suicidarse y de tener una historia de violencia, agresión e impulsividad (D. Sue, D. Sue y S. Sue, 1998).

La serotonina es el neurotransmisor que modula las respuestas del individuo frente a los factores ambientales como el estrés y las pérdidas afectivas y está involucrado en la patogénesis de trastornos tales como el abuso de sustancias psicoactivas y la enfermedad depresiva, todos ellos factores asociados con el suicidio.

En estudios *post-mortem* se ha observado disminución de las concentraciones de serotonina en los cerebros de los suicidas, especialmente a nivel de la corteza cerebral

prefrontal, lo cual sugiere una disfunción que sería la responsable de la desinhibición y de las conductas impulsivas y agresivas. Los estudios clínicos también sugieren que la agresión es más común en los individuos con intentos previos de suicidio (Téllez y Forero, 2006).

Sin embargo, estos hallazgos no son definitivos ni marcan una característica específica de los suicidas ya que también se han encontrado niveles reducidos de este neurotransmisor en el plasma y líquido cerebro-espinal de pacientes agresivos. Esto probablemente se deba a que las conductas suicidas y agresivas indiquen un rasgo más central, como la impulsividad, que se hace evidente en situaciones de afecto intenso y esta impulsividad sea la que finalmente tenga una asociación a los niveles bajos de serotonina (Téllez y Forero, 2006).

### *Perspectiva Sociocultural*

Esta hace énfasis en el papel de los factores sociales en la conducta suicida. Hall y otros (citados por D Sue, D Sue y S. Sue, 1998), encontraron índices más altos de suicidio asociados con ocupaciones de cargos altos y bajos, en contraste con cargos medios; la vida urbana, los hombres de mediana edad, personas solteras o divorciadas y las clases socioeconómicas altas y bajas. También se ha encontrado que las características de quienes cometen suicidio varían de acuerdo con la ocupación, tamaño de la ciudad en que viven, posición económica, edad, género, situación matrimonial y raza (D. Sue y S. Sue, 1998).

Dentro de este enfoque social, Durkheim (2000) plantea dos preceptos acerca del fenómeno del suicidio: (a) El suicidio no es frecuente en una sociedad integrada y b) la motivación principal para el comportamiento suicida varía con el cambio de valores de

una sociedad en particular. Durkheim sugirió por tanto, que desde lo social el suicidio estaba etiológicamente relacionado con la estructura social de la sociedad o grupo particular dentro de los cuales vivía el individuo y con su relación para con el grupo.

Este autor identificó tres tipos básicos de suicidio en términos de la relación del individuo con su grupo social, categorías más descriptivas que explicativas, que contribuyen a la comprensión de este fenómeno: a) Suicidio egoísta: cuando la persona no encuentra en la sociedad sistemas de apoyo que le ayuden a funcionar adaptativamente, por lo que se aísla de los demás y finalmente decide privarlos de su presencia; b) Suicidio altruista: este tipo de suicidio consiste en que el individuo se “sacrifica” por la sociedad, es decir es motivado por el deseo de favorecer a un grupo o lograr un bien mayor, la persona renuncia a su vida por una causa muy grande, por ejemplo un sacrificio religioso; c) suicidio anómico: es el resultado de la relación desequilibrada, causada por cambios súbitos entre una persona y la sociedad, por consecuencia de un cambio social que el individuo no es capaz de manejar o afrontar, por lo que elige el suicidio como única solución (Durkheim, 2000).

Las explicaciones socioculturales son válidas en la medida que se utilicen como una parte de la compleja y completa explicación de este fenómeno, es decir, como complemento de otros aspectos, como el psicológico y el biológico, entre otros.

### ***Perspectiva Psicológica: El modelo cognitivo comportamental***

Dentro de esta perspectiva se encuentran diferentes puntos de vista que intentan dar explicación al fenómeno del suicidio, sin embargo, esta investigación se centra en los postulados de la perspectiva cognitivo-comportamental, toda vez que ha mostrado un valor explicativo importante ya que es el enfoque teórico al cual pertenecen las

investigadoras y es coherente con el paradigma desde el cual se aborda la investigación.

Esta plantea que las personas se provocan la muerte por diversas razones psicológicas tales como vergüenza, culpa, desesperanza, dolor, falta de apoyo social, distorsiones cognitivas, entre otros (D. Sue y S. Sue, 1998). Para Marsellach, (1999) las personas que comenten suicidio desean terminar con el sufrimiento que les causa un problema, un problema aparentemente irresoluble; para la persona que comete suicidio, este es una forma de controlar el dolor que siente y percibe como intolerable. En estos casos el deseo de morir es más fuerte que el deseo de vivir y se da por que la persona no encuentra más opciones.

Zubin y Spring (citados por Delgado e Insuasty, 2004) plantean el Modelo Multifactorial de Vulnerabilidad al estrés, el cual explica que las conductas desadaptativas surgen cuando las personas con vulnerabilidad psicológica y déficit en afrontamiento se enfrentan ante determinados estresores socioambientales. Por su parte el concepto de estrés formulado por Lazarus y Folkman (citados por Delgado e Insuasty, 2004), propone que éste surge cuando los individuos evalúan el entorno como amenazante o desbordante de sus recursos, evidenciando un peligro inminente para su bienestar personal.

Teniendo en cuenta lo planteado en el Modelo Multifactorial de Vulnerabilidad al estrés y el concepto de Estrés de Lazarus y Folkman (1986), Delgado e Insuasty, (2004) integran tales teorías y establecen que la conducta suicida se desencadena por la existencia de estresores significativos ante los que debe enfrentarse la persona. No obstante los aspectos de vulnerabilidad psicosocial influyen en la evaluación cognitiva que el individuo hace de tales estresores. Las características de esta evaluación, en relación con los esfuerzos cognitivos y conductuales para manejar las demandas

subsecuentes, hacen verlos como eventos inmodificables ante los cuales resulta insuficiente o inefectivo cualquier esfuerzo de cambio. Esto hace posible que la conducta suicida se instaure como la única alternativa de manejo de la situación desencadenante.

De igual forma, Alford y Beck (1997) resaltan la importancia del aspecto cognitivo en el comportamiento humano, en virtud de lo cual, establecen que la vía central para el funcionamiento y la adaptación psicológica, consta de estructuras cognitivas, denominadas esquemas, a partir de las cuales “*se da sentido y significado*” a las experiencias de cada individuo. Estos significados son construidos por la persona, a partir de una realidad pre-existente, es decir la historia de vida del sujeto y sus experiencias vitales previas, dependiendo de estas se construyen formas de actuar, de pensar, de afrontar tensiones, posibilitando un conglomerado informativo que al unificarse cognitivamente establecerá un sistema de creencias en el que interactúan pensamientos, conductas compensatorias, reglas, que en estos casos se caracterizan por ser disfuncionales en el momento de evaluar una situación alarmante y su posible solución o soluciones alternativas.

De esta forma cuando los significados asignados son disfuncionales o maladaptativos; generan en el individuo la predisposición a distorsionar cogniciones construidas en relación con el si mismo, el contexto ambiental (experiencia) y el futuro (metas) siendo vulnerable, a su vez, a síndromes específicos (Alford y Beck,1997).

## **Suicidio**

El término suicidio posee en sí mismo un matiz de violencia y agresividad, porque se trata de una voz formada por analogía con el homicidio. Fue acuñado por sir Thomas Brown, filósofo y médico inglés en 1642, al escribir su obra *Religio Medici*. Brown asimiló el suicidio al homicidio al tomar su etimología latina: *sui*, de sí mismo; y *caedere*, matar. A finales del siglo XVIII empezó a ser utilizado en España y aparece en el diccionario de la Real Academia en la quinta edición de 1817 (Téllez y Forero, 2006).

Por su parte Beachler (citado por Rudd, 2000) cree que el suicidio es un comportamiento, más que un acto, refiriéndose a toda conducta que busca y encuentra una solución a un problema existencial mediante un suceso que atenta contra la vida del sujeto. El acto suicida no es más que un punto de todo el proceso, es la culminación de toda una serie de acciones encadenadas, llevadas a cabo en función de la ideación del sujeto, de su intencionalidad suicida. Morón (1992), especifica que el suicidio es el hecho mediante el cual una persona se quita la vida voluntariamente, excluyendo la influencia de presión que pueden ejercer otros individuos para la toma de esta decisión.

La conducta suicida surge del deseo de morir para evitar el dolor, resolver problemas vitales o como expresión de cólera, rabia o frustración y puede ser visto como un intento que ha tenido éxito o como la consecuencia de otro comportamiento suicida en el que no existía un auténtico deseo de morir (Insuasty y Delgado, 2004).

Shneidman (1994, citado por Bille-Brahe, Kerkhof, De Leo y Schmidtke, 2004) concluyó que el suicidio es un acto consciente de aniquilación, autoinducida, mejor entendida como un malestar multidimensional en un individuo necesitado, quien define

un problema para el cual el suicidio es percibido como la mejor solución. De igual forma Fonnegra (1999), se refiere al suicidio como una acción humana –ya sea positiva o negativa- cuyo fin es causarse la propia muerte. Para comprender el suicidio, según esta autora, es necesario comprender al sujeto en su afán de salvarse así mismo de algo que para él es mucho peor que la muerte: el tormento interior, la desesperación, la locura o la crisis interna que, ya sea reciente o antigua, él juzga en el momento como insoportable.

Al retomar básicamente entonces los planteamientos realizados por Shneidman (1994, citado por Bille-Brahe, Kerkhof, De Leo y Schmidtke, 2004)) y Fonnegra (1999), el comportamiento suicida se entiende como un acto humano, en el cual el individuo es consciente del daño que se causará a si mismo, que en este caso es su propia muerte, este comportamiento obedece a aquella evaluación cognitiva que se lleva a cabo en relación a la realidad que se está viviendo, constituye para la persona un malestar multidimensional concebido como un tormento interior, una crisis interna o un momento insoportable. Tal evaluación se fundamenta en los esquemas distorsionados y por tanto desadaptativos que representan la particularidad del suicida, con una cognición constituida por la percepción y atribución que se tiene y se realiza tanto de la situación tensionante que experimenta la persona como también de la “mejor” solución que se le puede dar a la misma.

### ***Ideación Suicida***

Pérez (citado por Delgado e Insuasty, 2004) sugiere que las ideas suicidas consisten en pensamientos relacionados con la terminación de la propia existencia y que pueden adoptar las siguientes formas de presentación: a) ideas suicidas sin un método específico, en la cual el individuo tiene deseos de morir pero no planea el método para

realizar la conducta autolesiva; b) idea suicida con un método inespecífico o indeterminado, cuando la persona expone su intención de morir y considera diversos mecanismos sin elegir el que va a utilizar el acto suicida; c) idea suicida con un método específico no planificado, que se presenta cuando el sujeto desea suicidarse y ha elegido un método determinado para llevarlo a cabo, pero aún no ha considerado las circunstancias en las que pueda cumplir con su propósito de autodestruirse; y d) plan suicida o idea suicida planificada, en la que el individuo desea suicidarse y ha analizado los aspectos relacionados con este comportamiento, tales como el método, el lugar y el momento oportuno para no ser descubierto.

La ideación suicida se refiere a cogniciones que pueden oscilar desde pensamientos fugaces, de que la vida no vale la pena vivirse, pasando por planes muy explícitos y bien meditados para matarse, hasta una intensa preocupación con imaginaciones autodestructivas (Goldney et al. 1989). Puede adoptar una cualidad persistente y asociarse a diversas variables psicológicas como depresión, autoestima baja; por lo tanto los estresores suicidas presentan una elevada prevalencia de patología psiquiátrica, como trastornos del sueño, trastornos por uso de alcohol/sustancias, trastornos de personalidad y trastorno de conducta antisocial. (Schneidman, citado por Rudd, 2000).

Para Maris (citado por Aja, 2007) las ideas suicidas son más comunes entre quienes han intentado suicidarse, se asocian a la severidad del intento y con mayor probabilidad de repetición. Al constituir un importante indicador de riesgo, la ideación suicida debe explorarse cuidadosamente, pues debe considerarse que las dos terceras partes de quienes se quitan la vida han comentado previamente su propósito y estas expresiones pueden ser verbales o no verbales (por ejemplo preparativos, regalar objetos

o bienes).

Beck et al (1985, citados por Rudd, 2000) plantean que el compañero principal del suicidio es la cognición, a través de la cual, el individuo le asigna un significado privado a distintos eventos, por lo tanto, la ideación suicida puede ser entendida como el lenguaje de la intención de morir y tal lenguaje proviene, generalmente, de la evaluación cognitiva de una persona que presenta un razonamiento deteriorado, inadecuado e irracional, pudiendo mostrar un pensamiento dicotómico o excesivamente rígido, y a esquemas disfuncionales los cuales se van formando a lo largo de una historia de vida particular.

La ideación suicida sólo comienza a ser un marcador útil de riesgo suicida cuando es posible evaluar aquellos pensamientos suicidas que sean más probables de convertirse en acción, porque no sólo se ha considerado la autolesión, sino que se ha tomado una decisión para proceder a una implementación. De igual forma, la ideación suicida puede llegar a ser un factor de riesgo cuando interactúa con otros factores de riesgo tales como estilo de pensamiento dicotómico, déficit de estrategias de afrontamiento, entre otros y en ausencia de factores protectores tales como el soporte social (McAuliffe, 2002).

A partir de los conceptos brindados por estos autores, se define Ideación Suicida como aquellos pensamientos intrusivos y repetitivos sobre la muerte auto infligida, las formas deseadas de morir y los objetos, circunstancias y condiciones en las que se propone hacerlo, tales pensamientos son el resultado de procesos cognitivos y afectivos relacionados con la evaluación negativa del si mismo, de su entorno y del futuro, esto relacionado con la percepción negativa de los recursos psicológicos personales y ambientales para afrontar adecuadamente un evento tensionante.

### *Suicidio en Adolescentes*

La adolescencia es un período del desarrollo que comprende edades entre los 11 y 22 años, es una etapa de mucho estrés llena de cambios muy importantes: en el cuerpo, en las ideas y en los sentimientos; el intenso estrés, confusión, miedo e incertidumbre, así como la presión por el éxito y la capacidad de pensar acerca de las cosas desde un nuevo punto de vista, influyen en las capacidades del adolescente para resolver problemas y tomar decisiones. Para algunos, los cambios normales del desarrollo, a veces acompañados por otros hechos o cambios en la familia (como el divorcio o la mudanza a una nueva comunidad, cambios de amistades, dificultades en la escuela u otras pérdidas), pueden causar gran perturbación y resultar abrumadores, ante estos problemas el suicidio puede parecer una solución (Arranz, 2004).

Según Ospina (1998) el adolescente siempre busca algo con el intento de suicidio o con este acto consumado, entre las posibilidades esta autora señala las siguientes: 1) hacer un *cambio*; un intento desesperado de forzar a alguien (por ejemplo: un padre o ex novio) a que lo vea de manera diferente; 2) tomar una *opción* cuando ninguna otra parece disponible; 3) *escapar* a una situación desesperada (por ejemplo: problemas con la ley); 4) deshacerse de un sentimiento de culpa por malas decisiones, por tanto *auto castigarse* (por ejemplo: haber tomado parte en un aborto en contra de su propio sistema de valores puede hacerle sentir indigno de seguir viviendo); y/o 5) infligir daño o *castigar a otra persona* (por ejemplo: un joven puede querer lastimarse a si mismo con el fin de lastimar a sus padres o por venganza).

La adolescencia es una etapa de la vida que puede facilitar la conducta suicida

debido a que: a) hay propensión a tener sintomatología depresiva y cuadros de abatimiento agudos que no son percibidos por los adultos; b) los cambios corporales pueden situar al adolescente en un sentimiento de descontrol y focalizar hacia él sus tendencias agresivas y destructivas; y c) tienden a reaccionar impulsivamente ante situaciones que les frustran o decepcionan (Ospina, 1998).

Ante lo planteado previamente es de vital importancia entender que la adolescencia puede llegar a ser una etapa dolorosa en la que se pasa por cambios difíciles que produce ansiedad y depresión, por ello, la tentativa del suicidio puede ser una de las conductas más significativas del adolescente, sin embargo, hay que distinguir entre el adolescente que piensa en el suicidio, inclusive como una idea «romántica», y aquél que realmente lo piensa llevar a cabo.

### ***Factores de Riesgo***

Las causas de suicidio son múltiples y los factores (biológicos, psiquiátricos, sociales, ambientales, y relacionados con la historia personal del individuo) que pueden influir en el comportamiento suicida son muy variados e interactúan entre sí, entre ellos los trastornos psiquiátricos presentan una alta prevalencia, siendo los trastornos más frecuentes la depresión unipolar, el trastorno bipolar, la esquizofrenia, el abuso de alcohol y drogas, los trastornos de la personalidad, los trastornos del control de impulsos y los trastornos de ansiedad (Téllez y Forero, 2006).

Existen otros factores que a simple vista pueden ser considerados como intrascendentes pero en realidad se trata de factores fundamentales, uno de ellos es la disponibilidad de medios para el suicidio. Se piensa a nivel coloquial que si una persona

no puede suicidarse utilizando el método elegido, buscará hacerlo en cualquier otra forma; sin embargo, los datos epidemiológicos indican lo contrario (Brown, Bennett y Moncher, 2004).

Así en Colombia y en especial en el Departamento de Nariño, los intentos de suicidio se relacionan de manera significativa con la disponibilidad de los métodos para hacerlo, tal como es el caso de los insecticidas encontrados en el área rural, y en general la intoxicación por órganos fosforados, los cuales se venden libremente en cualquier droguería (IDSN, 2006). En cuanto a los factores relacionados con la cultura, las situaciones de inestabilidad y en particular las de naturaleza laboral, migratoria y económica, aumentan las tasas de suicidio (Coon, 1999).

Las conductas suicidas previas son el factor más importante en la predicción del riesgo suicida, le siguen los antecedentes familiares de suicidio; las enfermedades físicas graves y dolorosas, que tienen una prevalencia del 25% entre los suicidas en general y puede alcanzar hasta el 80% en ancianos; los antecedentes de maltrato físico o abuso sexual en la niñez, baja autoestima y la inestabilidad social y familiar tienen gran incidencia en las altas tasas de suicidio (Téllez y Forero, 2006).

### ***Factores Protectores de la Salud Mental: Su Papel en el Suicidio***

Comprendiendo el concepto de salud integral desde un paradigma bio-psico-social-ecológico, surgen dos ejes centrales: El rol de la comunidad en salud y la promoción de la salud como claves multidimensionales para alcanzar real impacto en las condiciones de bienestar integral de la población, a través de estrategias integrales e innovadoras que permitan prevenir problemáticas que generen costos importantes al

estado (Ardila, Gutierrez, Pérez y Cardenas, 2000).

En este sentido, Parra (2004) define la promoción de la salud como la suma de acciones de la población, las autoridades sanitarias y otros sectores sociales y productivos, encaminados al desarrollo de mejores condiciones de salud individual y colectiva, donde se busca que se adquieran hábitos saludables que permitan identificar y modificar aquellos que son inadecuados a través del conocimiento, la información y la educación permanentes.

La identificación de la conducta suicida potencia el esfuerzo de la prevención, teniendo en cuenta que las personas que intentan suicidarse entran o salen de diferentes puntos del ciclo vital, como resultado de la ruptura de la homeóstasis entre factores de riesgo y factores protectores, es decir la convergencia de los primeros al actuar en ausencia de múltiples factores preventivos es lo que podría generar conductas suicidas (Vaillant y Blumenthal, citado por Buendía, 1996), por lo tanto es necesario promocionar aquellos factores protectores, puesto que estos al interactuar con factores de riesgo, minimizan el trastorno emocional directamente, ya sea porque disminuyen el nivel del mismo o porque previenen la incidencia de otros factores o indicadores de riesgo, potenciando a su vez la prevención en cuanto al comportamiento suicida (Cohen et al., 1990, citados por Hernández y Gómez, 2006).

Se denomina entonces factores protectores a las circunstancias, características, condiciones y atributos que facilitan el logro de la salud integral de las personas y sus relaciones con la calidad de vida y el desarrollo como individuo y como grupo. Algunos de esos factores pueden tener origen y funcionar en las personas mismas: son las características, logros o atributos, presentes antes, durante y después, del ciclo de vida que viven; otros pueden estar presentes y ser operativos en el ámbito de la familia; otros

más reflejan características del grupo o de las comunidades y sus organizaciones, y se plasman en diversos programas dirigidos al beneficio social (salud, educación, promoción social, etc.) (Dulanto ,2004).

Igualmente la Organización Mundial de la Salud (2001, citada por Tejada, 2007) plantea que las personas que cuentan con factores protectores durante situaciones de alto riesgo obtienen buenos resultados en comparación con aquellas que presentan déficit en los mismos.

Así, el hecho de no presentar suficientes factores protectores como por ejemplo un déficit en redes de apoyo, estrategias de afrontamiento o una pobre valoración del sí mismo inducen en los individuos a que justamente en las crisis de su ciclo opten por generar soluciones “erradas” hasta el punto de pensar en atentar contra su propia vida. Por el contrario, el contar con factores tales como un soporte social estable, una percepción positiva del sí mismo, un repertorio amplio y consecuente de estrategias para enfrentar experiencias vitales reforzaría conductas a favor del bienestar de la persona (Ardila, Gutierrez, Perez y Cardenas, 2000).

Consecuente con lo anterior Belsky y Bronfenbrenner (citados por Ayyas-Abdo, 2002) proponen el modelo ecológico, el cual permite examinar los factores más asociados con la conducta suicida a los niveles ontogenético, microsistemas, exosistema y microsistemas. El aporte novedoso que presenta este modelo es la atención que se presta a las interconexiones ambientales (micro-, meso-, exo-, y macrosistema) y el impacto que estas pueden tener sobre la persona y su desarrollo psicológico.

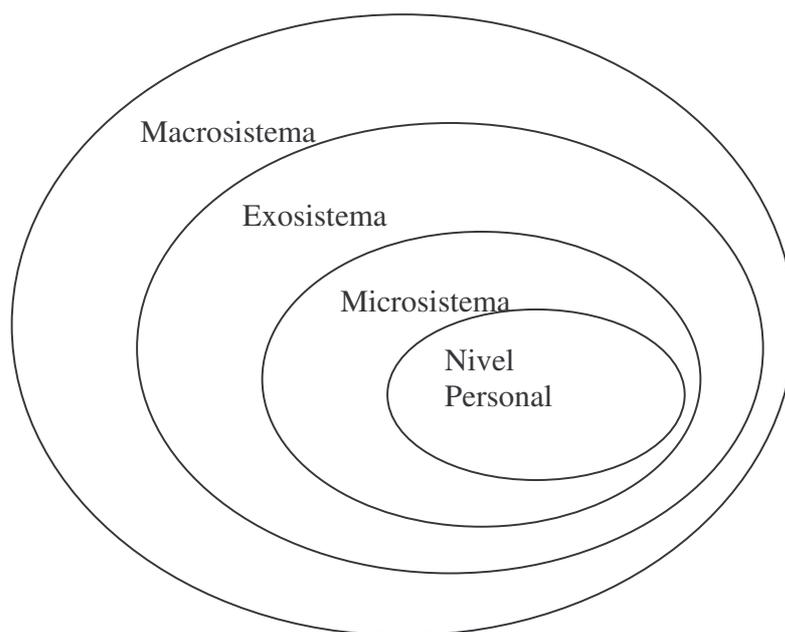
Esta perspectiva plantea que el nivel personal representa las características demográficas y psicológicas del adolescente. El nivel de microsistema caracteriza las fuerzas inmediatas de la familia, amigos, grupos religiosos y vecinos. El de exosistema

se refiere a las estructuras sociales (sitio de trabajo, vecindario) que en sí mismas no contienen el desarrollo de la persona, pero afecta los medios inmediatos en los cuales se halla la persona y por ello influye o determina lo que sucede allá y el nivel de macrosistema implica las creencias y valores culturales y religiosos que incrementan el riesgo del suicidio a través de la influencia que ejerce sobre el desarrollo personal y el micro y exosistema.

Cabe señalar que para efectos de la investigación se tendrán en cuenta únicamente los niveles personal y el de microsistema, ya que estos se relacionan con los factores protectores que hacen parte de la investigación; los niveles de exosistema y macrosistema abarcan aquellos ambientes en los cuales el adolescente no juega un rol directo a pesar de que le afecta, por ejemplo los medios de comunicación y diferencias étnicas y culturales, variables que se apartan del enfoque clínico y de salud desde el cual se aborda la investigación.

Figura 1

*Modelo Ecológico de Bronfenbrenner y Belsky*



*Nivel personal*

Se centra en las características psicológicas, históricas y médicas que determinan sus respuestas a los micro y exosistema (Heise, citado por Ayyas-Abdo, 2002).

Para el desarrollo de la investigación dentro de las características psicológicas que protegen al individuo frente a la ideación suicida se plantea el factor autoestima.

*La Autoestima.* Desde el enfoque conductual el concepto de autoestima se refiere a la relación que establece y mantiene habitualmente la persona en relación así misma: expresa una actitud de aprobación e indica el grado en que el individuo se cree capaz, significativo, exitoso y merecedor, lo cual lo trasmite a otros mediante informes verbales y otras conductas expresivas ( Mruk, 1999).

De igual forma, desde la perspectiva cognitiva se propone que la autoestima tiene que ver con la forma como un individuo organiza sus experiencias en sistemas conceptuales a partir de los cuales se obtienen significados con respecto al futuro, de la sociedad y de la propia persona, estas cogniciones se interpretan de acuerdo a las creencias que ha construido la persona a lo largo de su vida y dan como resultado un alto o un pobre autoconcepto, lo cual determina cómo se comporta el sujeto ante los demás (Mruk, 1999).

Desde la perspectiva cognitivo-comportamental, la percepción que el individuo tiene de sí mismo, contiene todos los atributos, rasgos y características de personalidad, los cuales se estructuran e influyen en lo que la persona incluye como su yo, considerándolo como equivalente a su autoconcepto o su autoimagen. De igual forma, en las evaluaciones que la persona hace de sí misma, median las percepciones que otros hacen de ella y el cómo la persona percibe esas evaluaciones (Mosito, Román y

Gutiérrez, 1996).

No se puede ignorar que la imagen que una persona tenga de sí misma puede ser una variable influyente en el bienestar emocional y, por lo tanto, importante al considerar la posibilidad de auto destruirse o dañarse, esta segunda posición podría llegar a ser posible si se tiene en cuenta que el adolescente en su momento evolutivo, como consecuencia de su pensamiento operativo formal adquirido, cuenta igualmente con herramientas cognitivas que pueden llegar a afectar la manera en que piensa sobre él mismo y sobre los demás, además está construyendo su identidad y puede tener muchas dudas con respecto a su valía personal y es de esperar que sea muy sensible a las críticas provenientes de sus familiares, amigos, resultando en algunas ocasiones tal etapa como un proceso difícil de sobrellevar (Arranz, 2004).

El hecho de realizar valoraciones disfuncionales respecto a situaciones problemáticas pueden devenir en un incremento del riesgo suicida, investigaciones muestran que los adolescentes con baja autoestima tienen una probabilidad más alta de ideación suicida que aquellos con alta autoestima, pues los primeros se perciben a sí mismos como desvalidos o inefectivos para ejercer una potente influencia sobre sus problemas (Kornick y Gutierrez, 2005).

De acuerdo con la teoría de Beck y otros (1979, citado por Kornick y Gutierrez 2005) las actitudes disfuncionales de los pacientes suicidas activan un sesgo cognitivo donde la información es procesada de una manera negativa e “*irreal*”. Estas actitudes disfuncionales, junto con el sesgo cognitivo, producen expectativas negativas sobre sí mismos, las situaciones actuales y el futuro, que a su vez pueden desencadenar ideas suicidas como forma de afrontar las situaciones estresantes.

Dado que la autoestima influye en el bienestar psicológico de una persona tanto

consigo misma como con su alrededor, Berk (2004) la describe como el aspecto más importante en el desarrollo cognitivo-social-comportamental del niño y del adolescente, en razón de lo cual las evaluaciones de sus propias competencias influyen en sus expectativas emocionales del presente y de la conducta futura en situaciones similares y de su ajuste psicológico a largo plazo, ligando íntimamente la autoestima a los resultados obtenidos en el afrontamiento de las situaciones estresantes y por lo tanto a la capacidad de tolerancia a la frustración.

Los adolescentes con autoestima alta crean y manejan de manera natural estrategias adaptativas que promueven el sano crecimiento y en el caso de tener problemas buscan ayuda, asumen sus logros como propios y no como factores fuera de su control. Así mismo, perciben sus errores como experiencias de las cuales pueden aprender, más que como un fracaso, de igual forma son concientes que como humanos no son perfectos y que por lo tanto se pueden equivocar; sus distorsiones cognitivas son mínimas y pueden resolverlas con facilidad (Barlow y Durand, 2004).

La autoestima positiva en un individuo le permitirá incrementar su capacidad personal para afrontar efectivamente el estrés, pues se caracterizará por un eficiente funcionamiento, creatividad, una conciencia realista y estable de sus capacidades, implicación social y avance hacia sus metas personales tendiendo a funcionar y actuar de una manera eficiente para resolver problemas (Copper y Smith, citados por Lieberman, Solomon, y Ginzburg, 2005).

Así mismo, Clemens y Bean (citados por Maíz y Gueraca, 2003) afirman que entre las características más comunes de las personas con la autoestima elevada o positiva están: a) hacer amigos con facilidad y ser capaz de influir en los demás, b) mostrar entusiasmo al enfrentar retos y actividades nuevas, c) cooperar, asumir

responsabilidades y seguir las reglas si estas son justas, d) jugar y realizar trabajos individuales o en grupo sin problema, e) disfrutan siendo creativos y teniendo sus propias ideas, f) se sienten orgullosos de sus propios logros, g) disfrutan siendo independientes y saben aceptar sus frustraciones y h) expresar sentimientos y emociones variadas.

La autoestima constituye una variable importante en la salud mental y, por tanto, es fundamental tenerla en cuenta al estudiar el tema de ideación suicida, ya que la baja autoestima en un sujeto puede actuar como factor de riesgo, así como una autoestima alta puede actuar como factor protector.

#### *Nivel de Microsistema*

Implica el contacto inmediato con familia, pares y escuela.

Los factores protectores frente a la ideación suicida que se exponen en el trabajo investigativo para este nivel son el apoyo social y el funcionamiento familiar.

*Apoyo Social.* El apoyo social se refiere a los recursos que proporcionan otras personas, al dar el mensaje de que se ama a alguien, que se preocupan por el o ella, que se le aprecia y que están conectados con otras personas en una red de comunicación y obligación mutua. Es una relación social que incluye miembros de la familia, amigos, compañeros de trabajo y vecinos, con los que se puede contar cuando se necesite (Gerrig y Philip, 2005).

Al hablar de apoyo social, Villalobos (2007) lo describe como una conexión social que incluye las relaciones que tienen las personas con otros seres significativos de su medio social, y se ha evaluado fundamentalmente a partir de lazos sociales, como la

pareja, los familiares, la participación en organizaciones y el contacto con amigos.

Es primordial tener en cuenta que aunque el apoyo social se ha establecido por algunos autores como un importante factor de protección frente a la ideación suicida, también la elevada percepción de apoyo social procedente de amigos, unido a un bajo apoyo familiar en situaciones de estrés, se ha asociado a la aparición de esta conducta. En este sentido Ayalon (citado por Lieberman y Ginzburg, 2005) sugiere que el excesivo apoyo social puede, en ocasiones, convertirse en un “problema”, porque los individuos reciben un mensaje de que son incapaces de cuidar de sí mismos, pudiendo amenazar de esta forma el sentido individual y de la auto valía.

Según Otto (1972, citado por Buendía, 1996) el aislamiento social y el déficit en habilidades sociales contribuyen a aumentar la vulnerabilidad del adolescente en relación con las ideas suicidas. Igualmente, se ha encontrado que los adolescentes que presentan algún tipo de conducta suicida tienen también un cierto grado de aislamiento social, ante lo cual se puede afirmar que la percepción del sentido de rechazo o desapego e insatisfacción con las relaciones sociales, están asociadas con conductas suicidas incrementadas en general y con la ideación suicida en particular (Buendía, 1996).

Wilbuin y Smith (2005) afirman que la búsqueda de identidad es una demanda naturalmente estresante en el joven, la cual puede ser abrumadora para algunos adolescentes y les predispone a los pensamientos suicidas, por lo tanto, es necesario y vital que el adolescente forme parte de una red de apoyo social eficaz, en la que otros (familiares, amigos, vecinos) estén disponibles cuando se los necesite, especialmente en situaciones estresantes, ya que el apoyo social ha sido uno de los factores protectores más sobresaliente en las diferentes investigaciones frente a la ideación suicida en un adolescente, al mostrarse como una variable capaz de amortiguar los efectos negativos

del estrés, facilitando de ésta manera la adaptación a situaciones difíciles cuando no hay cambio de las mismas.

Acorde con lo anterior, Zubin y Spring (citados por Delgado e Insuasty, 2004) afirman que una persona con buen soporte social tendrá mayores posibilidades de enfrentar de una forma más positiva los problemas de la vida, (que en este caso se remite a una “crisis evolutiva” como un evento vital estresante) llegando a resolverlos favorablemente. Así la percepción de apoyo y disponibilidad por parte de las personas cercanas (amigos, padres de familia) en los momentos difíciles, posibilita el afrontamiento al estrés, a la vez que evita las consecuencias negativas de este y, simultáneamente, permite percibir ese entorno social como potencialmente servicial, en razón de la satisfacción con respecto a esta disponibilidad de apoyo.

La percepción del apoyo social ha sido ampliamente conocida como un predictor de efectos benéficos en la salud mental y en sí en el bienestar integral de una persona, por lo tanto, aún cuando se presenten juntos distintos factores de riesgo raramente tiene como resultado el suicidio si hay un sistema de apoyo social con suficiente calidad y consistencia (La- Fromboise y Howard-Pithey, citados por Buendía, Riquelme y Ruiz, 2004).

***El Sistema Familiar.*** Es muy importante comprender los factores que subyacen dentro de un sistema familiar, ya que los padres pueden hacer mucho para reducir el riesgo de suicidio. Pero, debemos entender que los cambios en la estructura de la familia en la actualidad han tenido como resultado el aumento de los problemas emocionales y de conducta de los adolescentes, incluyendo el suicidio, la actividad criminal, el embarazo no planificado y el consumo de alcohol. La pérdida o inestabilidad familiar,

un hogar destruido, padres alcohólicos o la formación de una nueva familia con padrastros o madrastras y hermanastros, aumentan el riesgo de caer en la depresión y el posterior suicidio (Fishman, 1995).

El suicidio entonces puede presentarse como una alternativa de solución para escapar a estas dificultades. Por ejemplo, un joven que siente que sus padres carecen de compasión; siente que él o ella “no importa”; o percibe poca calidez, afecto positivo o intimidad con sus padres, podría comenzar a alcanzar ciertas conclusiones internas como “*Soy malo o mala*”, o “*No valgo nada*”, que conducen a la depresión y a un creciente riesgo de suicidio (Brown, Bennett, y Moncher, 2004).

Las investigaciones existentes señalan que las dificultades en la familia constituyen el factor más importante en cuanto al suicidio adolescente. Teacher y Jacobs (1996, citados por Osornio, 2000), afirman que los adolescentes suicidas tienen malas relaciones con sus padres y conflictos familiares que impiden que establezcan las relaciones y los modelos propicios que le permitieran al joven enfrentar los problemas y las tensiones asociados con la adolescencia.

Una familia inestable puede dificultar el manejo de las tensiones externas por parte del adolescente, haciendo que las perciba aún más catastróficas de lo que en realidad son. En tanto factor esencial para amortiguar las presiones de los pares, del colegio y de la sociedad, y para aliviar potencialmente el sufrimiento, la familia es el mecanismo a través del cual se mantiene el sentido fundamental del si-mismo y del propio bienestar. Por consiguiente, el contexto que brinda la familia debe hacerse lo más favorable y coherente que sea posible, entendiendo al sistema familiar como un soporte emocional, donde el adolescente entienda sus reglas y pueda convivir con ellas en forma sana y donde encuentre el apoyo necesario para enfrentar eventos que sean evaluados

como estresantes (Fishman, 1995).

De acuerdo a lo anterior, la familia constituye un factor determinante en el momento de presentarse la ideación suicida, dependiendo de su estructura y la forma como es percibida por cada uno de sus integrantes; entonces es necesario identificar qué aspectos dentro del sistema familiar permiten al adolescente resolver eventos de su vida cotidiana de una forma más adaptativa y qué aspectos dentro de la familia influyen en que un adolescente piense en el suicidio como la mejor opción.

Dentro de la investigación se proponen dos factores que en la familia se consideran como mediadores ante la ideación suicida: la adaptabilidad y cohesión familiar; cuando estas dos características se ubican en los extremos, es decir, los canales de comunicación son inefectivos y el flujo de apoyo es percibido como ineficiente y de igual forma las reglas impuestas por los padres no son claras para los hijos o son muy rígidas, se favorece la aparición de ideas suicidas en el adolescente llevándolo a contemplar el suicidio como única solución al afrontamiento de sus problemas familiares (Olson, Russell y Sprenkle, citados por Osornio, 2000)

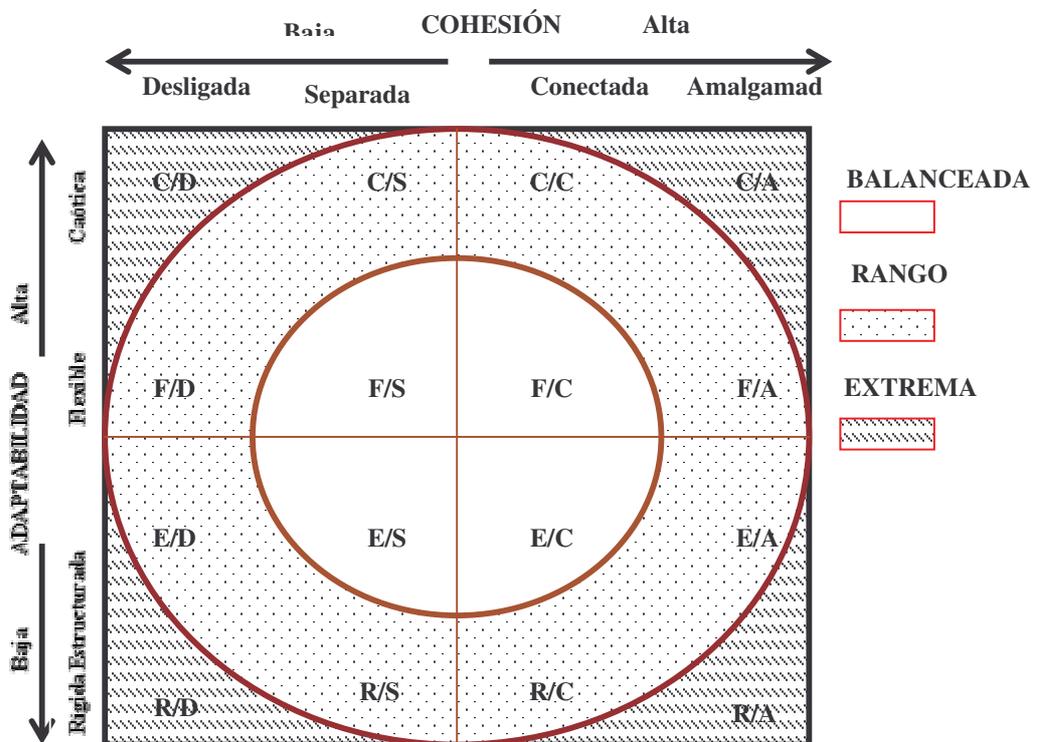
Olson, Russell y Sprenkle (citados por Osornio, 2000), elaboraron un modelo denominado Circumplejo, el cual se basa en las dimensiones de cohesión y adaptabilidad dentro de un sistema familiar, este propone que tanto la cohesión como la adaptabilidad son curvilíneas, esto implica que ambos extremos de las dimensiones son disfuncionales, siendo los niveles moderados los relacionados con un buen funcionamiento familiar.

En la figura 2 pueden observarse las 16 clases familiares del Modelo Circumplejo, en el cual las cuatro centrales: separada-flexible, conectada-flexible, separada-estructurada y conectada-estructurada, corresponden a niveles balanceados de

adaptabilidad y cohesión y, por tanto, de una mejor funcionalidad familiar. Las cuatro extremas, presentan adaptabilidad y/o cohesión excesivamente altas o bajas y, por tanto, disfuncionalidad para el desarrollo individual y familiar (Ver figura 2).

Figura 2

Modelo Circumplejo de Olson (citado por Osornio, 2000)



El primero de ellos la *Cohesión Familiar* Olson (citado por Zarate, 2003) la define como el grado de intimidad, la calidad de los sentimientos y el interés y el cuidado y la posibilidad de compartir espacios y tiempo entre los miembros de la familia. Esta dimensión se desplaza entre el vínculo y la separación de la familia, pudiendo ubicarse cuatro tipos de cohesión: dispersa, separada, conectada y aglutinada. Seguidamente se describirá cada una de ellas:

1. La cohesión dispersa indica niveles extremos de cohesión de tipo centrífuga que también pueden ser leídos como rechazo. Se refiere a familias donde prima el “yo”, esto es, hay ausencia de unión afectiva entre los miembros de la familia, ausencia de lealtad a la familia y alta independencia personal.

2. La cohesión conectada se caracteriza por la cercanía emocional, las interacciones afectivas son alentadas y preferidas, la lealtad familiar es esperada, el interés se focaliza dentro de la familia, se enfatiza la interrelación pero se permite la distancia personal, la necesidad de separación es respetada pero no valorada, los límites entre subsistemas son claros con cercanía parento-familiar, los amigos individuales y las preferencias se comparten. En la cohesión conectada o unida, prima el “nosotros” con presencia del “yo”; son familias donde se observa una considerable unión afectiva, fidelidad e interdependencia entre los miembros de la familia, aunque con una tendencia hacia la dependencia

3. La cohesión aglutinada se caracteriza por el involucramiento, dependencia entre sus miembros, expresada con alta reactividad emocional, el interés focalizado en la familia, hay coaliciones parento-familiares. En este tipo de cohesión prima el “nosotros”, apreciándose máxima unión afectiva entre los familiares, a la vez que existe una fuerte exigencia de fidelidad y lealtad hacia la familia, junto a un alto grado de dependencia respecto de las decisiones tomadas en común.

4. La cohesión separada se caracteriza por la distancia emocional, aunque algunas veces haya correspondencia afectiva, estas familias prefieren la separación, límites parento filiales claros, se considera importante el tiempo individual, se prefieren los espacios separados aunque se comparte el espacio familiar, las decisiones se toman individualmente y los intereses están focalizados fuera de la familia, En la cohesión

separada si bien prima el “yo” existe presencia de un “nosotros”; además se aprecia una moderada unión afectiva entre los miembros de la familia, cierta lealtad e interdependencia entre ellos, aunque con una cierta tendencia hacia la independencia.

Recientes investigaciones han demostrado que las relaciones familiares, la cohesión, expresividad y conflicto se han asociado directa e indirectamente con la ideación suicida. Los hallazgos demuestran que cuando el adolescente percibe baja cohesión familiar y altos conflictos familiares, ellos se sienten desvalorizados y deprimidos, lo que a su vez lleva a tener ideación suicida como forma de afrontar (Sun, Hull y Watkius, 2007).

Se ha encontrado a nivel investigativo que la cohesión de tipo dispersa establece perfiles de adolescentes que han intentado suicidarse o lo han hecho, tal cohesión es considerada como negativa, caracterizándose por la extrema separación entre sus miembros, poca interacción, falta de cercanía parento familiar, con predominio de la separación personal, preferencia de espacios separados, intereses desiguales focalizados fuera de la familia. (Maia, citada por Zarate, 2003).

Pelcovitz et al. (1999, citado por Osornio, 2000) recalcan la falta de cohesión en las familias de las adolescentes suicidas, pues pertenecen a familias rígidamente desvinculadas, es decir, que se caracterizan por una cohesión con alta independencia de los miembros de la familia donde sus lazos familiares externos son abiertos, los internos son cerrados y los generacionales rígidos, con alianzas débiles utilizadas como escapatorias, tiempo separado de la familia al máximo (física y emocionalmente), amigos individuales y toma de decisiones.

La cohesión familiar actúa como un amortiguador, el cual podría moderar los efectos negativos del estrés y proteger a los adolescentes de desarrollar depresiones

severas y conductas suicidas contribuyendo a su bienestar integral, adquiriendo en su hogar herramientas acordes con su crecimiento como persona, es así como la cohesión conectada ofrece un sistema familiar caracterizado por ser acogedor, susceptible de enfrentar los eventos vitales con la mayor serenidad, logrando sopesar entre un conflicto y la mejor solución aspectos que concuerdan con adolescentes que pertenecen a familias amalgamadas (Maia, citada por Zarate, 2003).

En cuanto al segundo aspecto, *Adaptación Familiar* la adaptabilidad hace referencia a la habilidad familiar para cambiar su estructura de poder, relaciones de rol, y reglas, en respuesta al estrés situacional y evolutivo. Olson (1985, citado por Zarate, 2003) la define como la capacidad de la familia para modificar las reglas que norman su funcionamiento a fin de posibilitar el proceso de separación- individuación, manteniendo a la vez su estabilidad. También se le denomina la dimensión del control y el poder donde los miembros de la familia deben aprender a establecer sus normas para cumplir adecuadamente sus tareas familiares, reestructurándose en función de los cambios que se suceden a lo largo de su historia de este modo la calidad de liderazgo, la disciplina y el control permitirán la organización del hogar y establecerán un adecuado equilibrio entre la estabilidad y el cambio en las relaciones de poder.

Esta dimensión incluye conceptos tales como poder (capacidad de afirmación, control, disciplina), estilos de negociación, relaciones de roles y reglas de relación de la familia. Se proponen cuatro niveles de adaptabilidad que son: rígida (muy baja), estructurada (baja a moderada), flexible (moderada a alta) y caótica (muy alta) (Olson, citado por Zarate, 2003). A continuación se describen cada una de ellas:

1. En la adaptación rígida los niveles extremos de adaptabilidad familiar pueden ser leídos como extrema rigidez y desconfianza, este nivel de adaptabilidad se

caracteriza por un liderazgo autoritario o autocrático, disciplina estricta, rígida, y de aplicación severa, los padres imponen las decisiones, donde las reglas se hacen cumplir estrictamente no habiendo posibilidad de cambio y con roles estrictamente definidos, presentando una autoridad vertical sin opción a la negociación.

2. La adaptación caótica se caracteriza por liderazgo limitado o ausente, disciplina poco severa e inconsistente o irregular, flexibilidad hasta la falta de claridad en los roles, decisiones parentales con frecuentes cambios en las reglas, reglas implícitas y pocas explícitas.

3. La adaptación flexible presenta un liderazgo y roles compartidos, disciplina democrática y cambios cuando son necesarios.

4. La adaptabilidad estructurada ha sido entendida como aquella en que el liderazgo y los roles en ocasiones son compartidos, donde existe cierto grado de disciplina democrática y los cambios ocurren cuando se solicitan.

El adolescente al contar con un pensamiento más abstracto adquiere una forma nueva y diferente de apreciar y valorar normas que hasta ahora habían regulado el funcionamiento familiar. Esto hará que el adolescente se vuelva más crítico con las normas y comenzará a desafiar continuamente la forma en la que la familia funciona cuando se trata de discutir asuntos y tomar decisiones, lo que aumentará los conflictos y discusiones cotidianas (Smetaná, citado por Arranz, 2004). Sus argumentos mucho más sólidos y convincentes cuestionarán seriamente la autoridad parental.

Cuando los padres se muestran poco sensibles a las nuevas necesidades de sus hijos adolescentes y no adaptan sus estilos disciplinarios a esta nueva situación, es muy probable que aparezcan problemas de adaptación en el chico o chica. Además un control excesivo o coercitivo donde hay imposición de límites demasiado restrictivos, genera

rebeldía y problemas conductuales. De la misma forma, un ambiente familiar rígido caracterizado por la ausencia de adaptabilidad en respuesta a situaciones problema, es improbable que facilite el desarrollo de habilidades flexibles y efectivas de solución de problemas (Steinberg y Silk, citados por Arranz, 2004).

Algunas investigaciones han demostrado que en casos de conductas suicidas se presentan estilos pasivo-agresivos de interacción, con un líder autoritario, con negociaciones limitadas, pobre resolución de problemas, rigidez de roles y estereotipos de éstos; así como demasiadas reglas explícitas y pocas reglas implícitas pueden ser factores familiares precipitantes del suicidio en los adolescentes (Zarate, 2003).

En casos de no suicidio, los adolescentes perciben a sus familias con alta adaptabilidad, la cual implica adecuación a los estresores propios de la vida cotidiana, como es tener hijos adolescentes, es decir, poca autoridad que impone el ejercicio del poder, tendiendo más bien a la negociación, que comprende y prepara al adolescente en el proceso de individuación que culminará con la autonomización del mismo (Maia, citada por Zarate, 2003).

Por otra parte, dentro del modelo ecológico, se plantea que la habilidad de resolver problemas fluctúa entre en nivel personal y el correlacional o microsistema, dado que si bien es una característica psicológica personal, esta se lleva a cabo en el medio que le rodea, pues se pone en práctica en la relación con los otros, en este caso en el ámbito familiar, con los pares y en la propia toma de decisiones.

De acuerdo Ayyash-Abdo (2002), en casos de tentativa de suicidio en el nivel individual se debe enfatizar la atención en el afianzamiento y los recursos personales del adolescente para controlar déficit en solución de problemas y el hecho de contemplar el suicidio como mejor solución; en el nivel de microsistema, se resalta la importancia del

apoyo social como recurso vital para enfrentar las adversidades de la vida.

*Solución de Problemas.* La solución de problemas es la identificación de alguna conducta apropiada que puede emitirse ante una situación para la que se carece de respuestas eficaces. La conducta de solución de problemas no sólo influye en las conductas futuras de quien lo resuelve, sino también en la de otros individuos (Pérez y Gutiérrez, 2005).

D’Zurilla y Golfriend (citados por Méndez, Olivares y Abasolo, 1999), afirman que solucionar un problema es un proceso cognitivo- afectivo-comportamental, mediante el cual un individuo o grupo identifica o descubre medios efectivos para solucionar conflictos propios del vivir cotidiano, este proceso se refiere tanto a la elaboración de soluciones como a la toma de decisiones para resolver de la mejor manera el problema.

Visto de este modo, ninguna situación es intrínsecamente problemática, es la inadecuación de la respuesta lo que la hace problemática. Según estos autores, hay que aprender a definir los problemas, no en términos de situaciones imposibles, sino en términos de soluciones inapropiadas. En la solución de problemas es útil recordarse a sí mismo en todo momento que «el problema no es el problema, el problema es la solución». En la medida en que se empieza a comprender el significado de esta afirmación se comprende la esencia de la solución de problemas (Méndez, Olivares y Abasolo, 1999).

Algunos estudiosos han desarrollado modelos explicativos del proceso que sigue una persona para solucionar un problema interpersonal, según el modelo planteado por D’Zurilla y Golfriend (citados por Méndez, Olivares y Abasolo, 1999), la solución de

problemas de forma adecuada depende de cinco pasos conocidos como PRACE los cuales comprenden a). (P) Especificar el problema, b) (R) Perfilar la respuesta, c) (A) Hacer una lista de las posibles alternativas de solución, d) (C) Visualizar las posibles consecuencias, e) (E) Evaluar los resultados.

Guibert (2002, citado por Bohórquez et al, 2004) señala que en la adolescencia se presentan fuertes sentimientos de estrés, confusión, dudas sobre si mismo, presión para lograr el éxito y otros miedos y tensiones que lo llevan a no encontrar alternativas de solución, desatando la vulnerabilidad al suicidio ante el déficit de habilidades para resolver problemas de autorregulación e incapacidad para afrontar situaciones de tensión que pueden estar limitadas, las cuales se perciben como indeseables y que no pueden cambiar o mejorar .

Según Beck et al (citado por Maris, 2002) los que cometen suicidio presentan un rasgo característico, la inflexibilidad cognitiva, la cual incluye la dificultad en creer que hay alternativas no suicidas a los problemas de la vida, generando un razonamiento defectuoso o irracional y por lo tanto inadecuadas habilidades de solución de problemas. Los adolescentes suicidas son solucionadores de problemas menos flexibles, tienden a rumiar sobre sus problemas, reportando dificultades en calmarse a si mismos y es mas probable que usen afrontamientos centrados en la emoción.

La habilidad para resolver problemas tiene que ver con el estilo de afrontamiento que tenga la persona y la evaluación que realice del problema. Los problemas a los que no se encuentra solución convergen en un malestar crónico, ya que al fracasar las estrategias de afrontamiento ordinarias aparece un sentimiento creciente de indefensión que dificulta la búsqueda de nuevas soluciones, disminuye la posibilidad de alivio, el problema empieza a parecer insoluble y la ansiedad o la desesperación pueden llegar

hasta niveles paralizantes, presentándose la ideación suicida o incluso el suicidio consumado (Álvarez, 2005).

La actividad de solución de problemas es una parte básica de la existencia cotidiana, ya que puede actuar como un mecanismo protector frente a la idea suicida, pues el contar con estrategias adecuadas para lograr el afrontamiento de situaciones vitales y estresantes, permite llevar a cabo una evaluación cognitiva acertada y racional acerca de la experiencia vivida, como también de la respuesta o comportamiento funcional a llevar a cabo, sin dar lugar a evaluaciones negativas, distorsionadas en relación al sí mismo, del futuro y de su entorno y por el contrario lograr la solución del conflicto, disminuye tensiones, adquiriendo un repertorio de estilos de afrontamiento que posteriormente se pueden aplicar si se presentan situaciones similares.

### **Modelo Integrador de Factores Protectores frente a la Ideación Suicida**

Entendiendo como factor protector a las características y condiciones psicológicas que facilitan el logro de la salud integral de las personas y sus relaciones con la calidad de vida y el desarrollo como individuo y como grupo, los cuales pueden tener origen y funcionar en las personas mismas, así como dentro del grupo social o familiar al que pertenece la persona.

Partiendo de los planteamientos del modelo ecológico propuesto por Bronfenbrenner y Belsky (citados por Ayyas-Abdo, 2002), se plantea un modelo integrador de factores protectores frente a la ideación suicida. Desde esta óptica el contexto en el que vive y se desarrolla el adolescente incluye factores situados a diversos niveles, más o menos cercanos y que ejercen influencias directas y/o indirectas.

En el caso del nivel personal, el factor autoestima permite que el adolescente

presente un funcionamiento más adaptativo, en relación a esto Beck (2004) describe la autoestima como el aspecto más importante en el desarrollo cognitivo-social-comportamental del niño y del adolescente, en razón de lo cual las evaluaciones de sus propias competencias influyen en sus expectativas emocionales del presente y de la conducta futura en situaciones similares y de su ajuste psicológico a largo plazo, ligando íntimamente la autoestima a los resultados obtenidos en el afrontamiento de las situaciones estresantes y por lo tanto a la capacidad de tolerancia a la frustración.

De esta forma, los adolescentes con autoestima alta crean y manejan de manera natural estrategias adaptativas que promueven el sano crecimiento y en el caso de tener problemas buscan ayuda, asumen sus logros como propios y no como factores fuera de su control. Así mismo, perciben sus errores como experiencias de las cuales pueden aprender, más que como un fracaso, de igual forma son concientes que como humanos no son perfectos y que por lo tanto se pueden equivocar; sus distorsiones cognitivas son mínimas y pueden resolverlas con facilidad (Barlow y Durand, 2004).

El microsistema es el nivel más cercano al sujeto, e incluye los comportamientos, roles y relaciones característicos de los contextos cotidianos en los que éste se desenvuelve y puede interactuar cara a cara fácilmente, como en el hogar, el trabajo, sus amigos (Bronfenbrenner, citado por Torrico, Santín, Villas, Menéndez, y López, 2002).

En el caso de los adolescentes al considerar que la búsqueda de identidad es una demanda naturalmente estresante en el joven, la cual puede ser abrumadora y les predispone a los pensamientos suicidas, es necesario y vital que forme parte de una red de apoyo social eficaz, ya que el apoyo social ha sido uno de los factores protectores capaz de amortiguar los efectos negativos del estrés, facilitando de ésta manera la

adaptación a situaciones difíciles cuando no hay cambio de las mismas (Wilburn y Smith, 2005; Zubin y Spring, citados por Delgado e Insuasty, 2004).

En este orden de ideas, dentro del sistema familiar la cohesión actúa como moderador de los efectos negativos del estrés y protege a los adolescentes de desarrollar depresiones severas y conductas suicidas, contribuyendo a su bienestar integral, lo cual les permite adquirir herramientas acordes con su crecimiento como persona. Dentro de este concepto se encuentra la cohesión conectada caracterizada por presentar un hogar acogedor, susceptible de enfrentar los eventos vitales con la mayor serenidad, logrando sopesar entre un conflicto y la mejor solución, aspectos que concuerdan con adolescentes que pertenecen a familias amalgamadas (Maia, citada por Zarate, 2003).

De la misma forma en casos de no suicidio, los adolescentes perciben a sus familias con alta adaptabilidad, la cual implica adecuación a los estresores propios de la vida cotidiana, como es tener hijos adolescentes, es decir, poca autoridad y tendiendo más bien a la negociación, que comprende y prepara al adolescente en el proceso de individuación que culminará con la autonomización del mismo.

Durante la adolescencia, la persona se vuelve hacia sus pares para recibir apoyo emocional, comparte secretos, planes y sentimientos y, se ayudan a resolver problemas personales y conflictos interpersonales. El soporte social y emocional, entonces, se requiere para enfrentar los problemas y dificultades con el apoyo de otros (Ayyash-adbo, 2002).

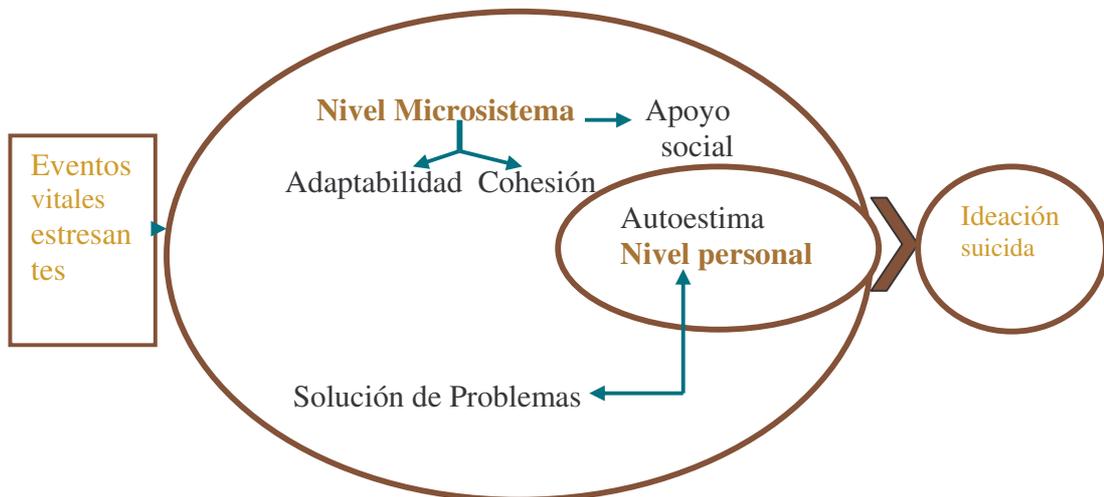
La habilidad de solucionar problemas puede actuar como un mecanismo protector frente a la idea suicida, pues el contar con estrategias adecuadas para lograr el afrontamiento de situaciones vitales y estresantes, permite llevar a cabo una evaluación cognitiva acertada y racional acerca de la experiencia vivida, como también de la

respuesta más adecuada y/o eficaz, sin dar lugar a evaluaciones distorsionadas logrando solucionar el conflicto y adquiriendo un repertorio de estilos de afrontamiento que posteriormente se pueden aplicar si se presentan situaciones similares.

Haciendo una síntesis de lo anterior, se propone el siguiente modelo de acción conjunta de factores protectores, el cual plantea que si un individuo cuenta con redes de apoyo presentes en su entorno social, con un buen funcionamiento de su sistema familiar, una percepción positiva de sí mismo y una adecuada capacidad para solucionar sus problemas, al enfrentar diferentes experiencias vitales (sean o no estresantes), podrá adoptar comportamientos funcionales, fundamentados en razonamientos adecuados, sin dar lugar a la ideación suicida.

Figura 3

*Modelo integrador de factores protectores frente a la ideación suicida*



## **MARCO DE REFERENCIA CONCEPTUAL**

### **Suicidio**

Al retomar los planteamientos realizados por Schneidman (1994) y Fonnegra (1999), el comportamiento suicida se entiende como un acto humano, en el cual el individuo es consciente del daño que se causará a si mismo, que en este caso es su propia muerte. Es un acto consciente de aniquilación, autoinducida, mejor entendida como un malestar multidimensional en un individuo necesitado, quien define un problema para el cual, el suicidio, es percibido como la mejor solución.

### **Ideación Suicida**

Para Saldaña (citado por Castañeda, 2003), la ideación suicida hace referencia a procesos cognitivos y afectivos relacionadas con la evaluación negativa del futuro y la planeación de la propia muerte o los actos dirigidos hacia la autodestrucción. Las ideas suicidas pueden abarcar desde pensamientos de falta de valor de la vida hasta la planificación de un acto letal, pasando por deseos más o menos intensos de muerte y, en algunos casos, una intensa preocupación autodestructiva.

### **Factores Protectores**

Se denomina factores protectores a las circunstancias, características, condiciones y atributos que facilitan el logro de la salud integral de las personas y sus relaciones con la calidad de vida y el desarrollo como individuo y como grupo (Dulanto, 2004).

### **Apoyo Social**

Al hablar de apoyo social, Villalobos-Galviz (2007) lo describe como una conexión social que incluye las relaciones que tienen las personas con otros seres significativos de su medio social, y se ha evaluado fundamentalmente a partir de lazos sociales, como la pareja, los familiares, la participación en organizaciones y el contacto con amigos.

### **Autoestima**

Desde la perspectiva cognitivo-comportamental, la percepción que el individuo tiene de sí mismo, contiene todos los atributos, rasgos y características de personalidad, los cuales se estructuran e influyen en lo que la persona incluye como su yo, considerándolo como equivalente a su autoconcepto o su autoimagen. De igual forma en las evaluaciones que la persona hace de sí misma, median las percepciones que otros hacen de ella y el cómo la persona percibe esas evaluaciones (Mosito, Román y Gutiérrez, 1996).

### **Solución de Problemas**

D’Zurilla y Golfriend (citados por Méndez, Olivares y Abasolo, 1999), afirman que solucionar un problema es un proceso cognitivo-afectivo-comportamental, mediante el cual un individuo o grupo identifica o descubre medios efectivos para solucionar conflictos propios del vivir cotidiano, este proceso se refiere tanto a la elaboración de soluciones como a la toma de decisiones para resolver de la mejor manera el problema.

### **Cohesión Familiar**

Olson (2004) la define como el grado de intimidad, la calidad de los sentimientos, el interés y el cuidado y la posibilidad de compartir espacios y tiempo entre los miembros de la familia, comprende las características entre el vínculo y la separación de la familia.

### **Adaptabilidad familiar**

Es la capacidad de un sistema conyugal o familiar de cambiar su estructura de poder, relaciones de roles y reglas de relación, en respuesta al estrés situacional o evolutivo. Esta dimensión incluye conceptos tales como poder (capacidad de afirmación, control, disciplina), estilos de negociación, relaciones de roles y reglas de relación de la familia (Olson 1985, citado por Zarate, 2003).

## MÉTODO

### Tipo de Estudio

El estudio es de carácter cuantitativo, ya que se recogen y analizan datos cuantitativos sobre variables mediante la aplicación de pruebas psicológicas estandarizadas para poder evaluar la relación entre estas variables y de este modo lograr la generalización y objetivación de los resultados a través de una muestra para hacer inferencia a una población de la cual toda muestra procede (Pita y Pertegas, 2002).

El paradigma epistemológico desde el cual se aborda la investigación es de carácter empírico-analítico, ya que hace referencia a la predicción de eventos físicos y sociales observables, a la realidad basada en el conocimiento empírico y gobernada por reglas técnicas y los criterios de control efectivo de la realidad. Se establece un énfasis en la predicción y el control de los procesos objetivos que se relacionan directamente con los intereses técnicos; se basan en ideales de explicación, predicción y control (Briones, 2004).

De igual forma, el diseño del estudio es transversal/correlacional; transversal, porque se realizará en un momento determinado en el tiempo; correlacional, ya que se tiene como propósito medir el grado de relación que existe entre las variables predictoras con la variable criterio en un contexto particular. También puede ser inferencial, ya que probarán hipótesis sobre las relaciones entre las variables de estudio.

El propósito fundamental de este estudio es conocer cómo se puede comportar una variable (ideas suicidas) conociendo el comportamiento de otras variables relacionadas (factores protectores) (Hernández, Fernández y Baptista, 1998).

### **Diseño**

Es una investigación no-experimental ya que el estudio se lo realiza en un contexto natural, donde se observan los acontecimientos sin intervenir en los mismos, es decir, no se manipularán las variables.

### **Población**

La población está conformada 36.686 jóvenes y adolescentes escolarizados asistentes a colegios, tanto oficiales como privados, de la ciudad de San Juan de Pasto.

### ***Muestra***

La muestra la constituyen 766 estudiantes de los cuales 454 (59.3 %) corresponden al sexo masculino y 312 (40.7%) al sexo femenino de los colegios San Juan Bosco, Champañat, San Felipe Nery, INEM y Liceo de la Universidad de Nariño. Los estudiantes se eligieron en forma aleatoria en los grados de sexto a once, de los cuales los estudiantes de grado noveno tuvieron mayor participación con de 18.1% de la muestra y la menor participación se presentó en el grado séptimo con un 13.3%.

El tamaño de muestra fijado se calculó por medio del software STATS, versión 1.1, con un tamaño de población de 36.686 estudiantes de bachillerato de la ciudad de San Juan de Pasto (según datos proporcionados en la Secretaría de Educación Municipal), con una presencia estimada de Ideación Suicida del 20% (Villalobos, 2007), un nivel de confiabilidad esperado del 95% y un error máximo del 3%.

*Procedimiento*

1. Identificación de instituciones educativas de Educación Secundaria.
2. Selección de dos instituciones de Educación Secundaria Oficial y dos de Educación Secundaria Privada.
3. Selección aleatoria de grupos conformados (cursos) por cada grado educativo.
4. Contacto inicial con el representante legal de la institución y presentación de la investigación.
5. Emisión de un comunicado al Representante Legal de la institución informando a la comunidad educativa de la futura realización de la investigación.
6. Presentación de la investigación a los grupos seleccionados.
7. Información verbal e instrucciones de diligenciamiento del formato de consentimiento informado a padres de familia (Ver anexos F y G).
8. Información por escrito del consentimiento informado e instrucciones para su diligenciamiento dirigido al estudiante (Ver anexos H, I).
9. Recepción de formatos de autorización-aceptación informada.
10. Aplicación de instrumentos.
11. Cuando el estudiante entregue el cuestionario resuelto, se revisará que se hayan contestado todas las preguntas y se pasará una hoja de inscripción para la rifa de dos reproductores de MP3.

Al inicio de la aplicación de la batería se aclarará de nuevo, a cada grupo de estudiantes, que las respuestas son de carácter anónimo y confidencial y la participación en la investigación es voluntaria.

Una vez aplicado el instrumento a los estudiantes que participaron en la investigación (muestra), los resultados se organizaron en una base de datos; para el

análisis de los mismos se aplicó el método estadístico Chi cuadrado -  $\chi^2$ , y la estimación del Modelo Lineal de Regresión Múltiple se llevó a cabo empleando la técnica Stepwise.

*Nota Aclaratoria:* La finalidad de la investigación no es describir a profundidad las técnicas estadísticas utilizadas, por lo cual se sugiere al lector remitirse al libro Análisis Multivariante de Hair, Anderson, Tathan y Black (2004) para lograr una mayor comprensión de las mismas.

### ***Instrumentos***

La batería que permitió recolectar la información hace parte de un estudio macro acerca de la problemática del suicidio realizado por el psicólogo Fredy Hernán Villalobos Galvis, para efectos de esta investigación se aplicaron las siguientes escalas e inventarios estandarizados en la ciudad de San Juan de Pasto.

**Escala de Apoyo Social (Matud).** La cual mediante el estudio llevado a cabo por Villalobos-Galvis (2007), con 653 estudiantes de bachillerato y universidad de la ciudad de San Juan de Pasto, demostró su validez de constructo al arrojar una solución unifactorial. Igualmente la prueba tiene una consistencia interna alta, pues el Coeficiente Alpha de Cronbach es de 0,9. Esta escala está compuesta por 10 ítems (Ver anexo A).

**Escala de Autoestima (Rosenberg).** En lo referente a este instrumento, en un estudio con 883 estudiantes de bachillerato y universidad de la ciudad de San Juan de Pasto, Villalobos-Galvis (2007) demostró que tiene una confiabilidad aceptable, ya que

cuenta con un coeficiente de consistencia interna (alpha de Cronbach) es de 0,73. De igual manera, el análisis factorial de la prueba permitió identificar dos factores claramente diferenciados: Autoestima Positiva y Autoestima Negativa, los cuales coinciden con investigaciones previas sobre la prueba. Esta escala está compuesta por 10 ítems (Ver anexo B).

**Escala de Adaptabilidad y cohesión Familiar (Martínez-Pampliega et al).**

Villalobos-Galvis (2007), con una muestra de 183 estudiantes universitarios y de secundaria, desarrolló una versión reducida de la escala FACES II, compuesta por 11 ítems organizados en dos escalas desarrolladas factorialmente. La primera fue la escala de Adaptabilidad, compuesta por 6 ítems, la cual presentó una consistencia interna de 0,872, la cual se considera una confiabilidad alta. La segunda escala es la de Cohesión, la cual está compuesta por 5 ítems y que presentó una buena consistencia interna ( $\alpha=0,798$ ) (Ver anexo C).

**Inventario de Solución de Problemas Sociales (D'Zurilla y Nezu).**

Villalobos-Galvis (2007) trabajó con una versión reducida del SPSI, compuesta por 33 ítems, la cual fue probada en una muestra de 580 estudiantes universitarios y de secundaria de San Juan de Pasto. Los resultados del análisis factorial mostraron una solución de dos componentes principales, los cuales corresponden a las escalas de: a) Solución adecuada de problemas, con una consistencia interna alta ( $\alpha=0,858$ ); y b) Solución inadecuada de problemas, también con una consistencia interna alta ( $\alpha=0,818$ ). Igualmente, la escala total presentó una alta consistencia interna ( $\alpha=0,857$ ) (Ver anexo D).

**Inventario de Ideas Positivas y Negativas (Osman, Gutiérrez,, Barrios y Chiro).** En el estudio adelantado por Villalobos-Galvis (2007), con una muestra de 643 estudiantes de educación secundaria y superior de San Juan de Pasto, se comprobó la estructura bifactorial de la escala, en una versión adaptada al español. La primera escala corresponde a las Ideas Suicidas Negativas, compuesta por 8 ítems, la cual presenta una alta confiabilidad ( $\alpha=0,82$ ). La segunda escala está compuesta por ítems de Ideación Suicida Negativa, los cuales presentan una alta consistencia interna ( $\alpha=0,82$ ). Finalmente, la escala total muestra una consistencia interna muy alta ( $\alpha=0,9$ ) (Ver Anexo E).

### *Variables*

#### *Variable Criterio*

Ideación suicida

#### *Variables Predictoras*

Factores protectores: apoyo social, autoestima, solución de problemas y adaptabilidad y cohesión familiar.

### *Hipótesis*

#### *Hipótesis de Trabajo*

Los factores protectores tendrán una relación directa.

El apoyo social tendrá una relación inversa con la ideación suicida

La autoestima tendrá una relación inversa con la ideación suicida

La solución de problemas tendrá una relación inversa con la ideación suicida

La cohesión y adaptabilidad familiar en términos balanceados tendrán una relación inversa con la ideación suicida.

***Hipótesis Nulas***

Los factores protectores tendrán una relación inversa.

El apoyo social no tendrá una relación inversa con la ideación suicida

La autoestima no tendrá una relación inversa con la ideación suicida

La solución de problemas no tendrá una relación inversa con la ideación suicida

La cohesión y adaptabilidad familiar en términos balanceados no tendrán una relación inversa con la ideación suicida.

## ANALISIS DE DATOS

### Descripción de las Variables de Estudio

Para obtener mayor información de los resultados suministrados por la base de datos y realizar un análisis detallado de los mismos, los puntajes obtenidos son agrupados en cinco categorías a saber: 1- Muy bajo, 2- Bajo, 3- Medio, 4- Alto y 5- Muy alto; categorías asignadas según datos de los estudios de adaptación del instrumento, en donde para las tablas 1 y 2, las dos primeras categorías serán consideradas como factores de riesgo o ausencia de la variable y las tres últimas se consideran factores de protección o presencia de la variable en la vida del estudiante que participó en el estudio.

La tabla 1 presenta los puntajes obtenidos por los estudiantes incluidos en la muestra distribuidos en categorías; se puede observar que un porcentaje significativo de estudiantes percibe una presencia considerable de cada una de estas variables en sus vidas; lo cual es entendible si se tiene en cuenta que la muestra escogida para el estudio, proviene de una población sin riesgo evidente de presentar ideación suicida.

Analizando la primera fila la cual corresponde a la variable autoestima, se puede decir que un porcentaje representativo de estudiantes (54.8%) se ubica en las categorías superiores, evidenciando una alta autoestima.

Para la variable apoyo social se encontró que el 60.1% de la muestra se ubica en las categorías superiores; de este modo se puede afirmar que existe un número significativo de estudiantes que perciben alta presencia de apoyo social en sus vidas.

Tabla 1

*Distribución de categorías en cada una de las variables de estudio.*

Variables predictoras	Muy bajo	Bajo	Medio	Alto	Muy alto
Autoestima (N)	226	20	111	181	128
%	29.5	15.7	14.5	23.6	16.7
Apoyo social(N)	140	66	147	59	154
%	18.3	21.7	19.2	20.8	20.1
Sol. De problemas (N)	185	159	189	107	126
%	24.2	20.8	24.7	14.0	16.4
Adaptabilidad (N)	16	66	188	274	222
%	2.1	8.6	24.5	35.8	29.0
Cohesión (N)	19	71	147	272	257
%	2.5	9.3	19.2	35.5	33.6
Total Muestra					766

En cuanto a la variable solución de problemas, se encontró que el 55.1% se ubica en las categorías superiores, lo cual evidencia que la mayoría de los estudiantes que conforman la muestra presentan una forma adecuada de resolver sus problemas.

Por último, analizando los resultados obtenidos en las variables adaptación y cohesión familiar, se establece que un alto porcentaje de la muestra se ubica en las categorías superiores (89.3% y 88.3%, respectivamente); lo cual evidencia que los estudiantes incluidos en el estudio perciben a sus familias como flexibles para adaptarse

a situaciones nuevas y cálidas en cuanto al afecto y apoyo que les puedan brindar.

En cuanto a la variable criterio, el 37.1%, de la población estudiada, ubica a la ideación suicida en las categorías superiores, indicando un nivel de riesgo considerable para esta población (véase tabla 2).

Tabla 2

*Distribución de casos para las categorías de la variable criterio*

Ideación suicida	Frecuencia	%
Muy bajo	186	24.3
Bajo	160	20.9
Medio	136	17.8
Alto	133	17.4
Muy alto	151	19.7
Total	766	100.0

De acuerdo a lo anterior, un adecuado concepto de sí mismo, la percepción de importantes redes de comunicación, medios efectivos para la solución de un problema unido a un buen funcionamiento de su sistema familiar podrían proteger a los estudiantes frente a la aparición de pensamientos o ideas relacionadas con causarse la propia muerte.

### **Relaciones Significativas entre Variables de Estudio y Variables de Control**

A continuación se realiza un análisis de contingencia entre las variables de estudio y las variables control para evidenciar si existe un comportamiento diferente

entre algunas variables predictoras dependiendo del género, edad, grado escolar y sector (público y privado). Cabe aclarar que la técnica del Chi cuadrado ( $\chi^2$ ) tuvo en cuenta sólo a aquellas variables criterio que presentaron diferencias significativas frente a las variables control.

La tabla 3, indica que el mayor número de casos en cuanto al sexo masculino y al sexo femenino (41.2% y 31.4%, respectivamente) se ubican en las categorías superiores, evidenciando una adecuada adaptabilidad dentro de sus hogares.

Tabla 3

*Diferencias significativas entre adaptabilidad y género*

Género	Adaptabilidad					Total
	Muy bajo	Bajo	Medio	Alto	Muy alto	
Hombres (N°)	7	33	103	187	124	454
	1.5%	7.3%	22.7%	41.2%	27.3%	100.0%
Mujeres (N°)	9	33	85	87	98	312
	2.9%	10.6%	27.2%	27.9%	31.4%	100.0%
Total	16	66	188	274	222	766
	2.1%	8.6%	24.5%	35.8%	29.0%	100.0%

Sin embargo, los resultados de la prueba del Chi cuadrado evidencian una diferencia significativa ( $\chi^2 = 15,7$ ;  $gl = 4$ ;  $p < 0,003$ ) para la adaptabilidad, según el sexo, donde de acuerdo al valor esperado, el mayor número de casos en cuanto al sexo masculino se ubican en las categorías superiores, a diferencia del sexo femenino el cual

tiende a ubicarse en las categorías inferiores.

La tabla 4 muestra que los hombres tienden a ver más el hogar con cohesión alta y muy alta, mientras que las mujeres la evalúan como baja y muy baja, lo cual se fundamenta en la diferencia significativa ( $\chi^2 = 18,8$ ;  $gl = 4$ ;  $p < 0,001$ ) para la cohesión, según género.

Tabla 4

*Diferencias significativas entre cohesión y género*

Género	Cohesión					Total
	Muy bajo	Bajo	Medio	Alto	Muy alto	
Hombre (N°)	4	34	87	162	167	454
	0.9%	7.5%	19.2%	35.7%	36.8%	100.0%
Mujer (N°)	15	37	60	110	90	312
	4.8%	11.9%	19.2%	35.3%	28.8%	100.0%
Total	19	71	147	272	257	766
	0.5%	9.3%	19.2%	35.5%	33.6%	100%

La tabla 5 indica que los grados sexto y noveno tienden a ubicarse en las categorías inferiores, mientras que los grados octavo y décimo se sitúan en las categorías superiores de la variable autoestima. Por su parte el grado séptimo distribuye la mayoría de casos entre éstas dos categorías y, finalmente, el grado once coincide con los porcentajes esperados. Se establece entonces una relación significativa ( $\chi^2 = 39,8$ ;  $gl = 20$ ;  $p < 0,005$ ) para la variable autoestima, según grado escolar.

Tabla 5

*Diferencias significativas entre autoestima y grado escolar*

Curso	Autoestima					Total
	Muy bajo	Bajo	Medio	Alto	Muy alto	
Sexto (N°)	44	24	17	34	16	135
	32.6%	17.8%	12.6%	25.2%	11.9%	100.0%
Séptimo (N°)	41	7	14	27	13	102
	40.2%	6.9%	13.7%	26.5%	12.7%	100.0%
Octavo (N°)	31	18	16	36	26	127
	24.4%	14.2%	12.6%	28.3%	20.5%	100.0%
Noveno (N°)	45	29	28	22	15	139
	32.4%	20.9%	20.1%	15.8%	10.8%	100.0%
Décimo (N°)	28	21	17	35	33	134
	20.9%	15.7%	12.7%	26.1%	24.6%	100.0%
Once (N°)	37	21	19	27	25	129
	28.7%	16.3%	14.7%	20.9%	19.4%	100.0%
Total	226	120	111	181	128	766
	29.5%	15.7%	14.5%	23.6%	16.7%	100%

La tabla 6 muestra cómo los estudiantes de los grados noveno y once tienden a ubicarse en las categorías inferiores de la cohesión familiar y la tendencia para los demás grados es a estar en las categorías superiores; evidenciando una diferencia significativa ( $\chi^2 = 44,3$ ;  $gl = 20$ ;  $p < 0,001$ ) para la cohesión, según curso.

Tabla 6

*Diferencias significativas cohesión y grado escolar*

Curso	Cohesión					Total
	Muy bajo	Bajo	Medio	Alto	Muy alto	
Sexto (N°)	0	7	15	47	66	135
	0.0%	5.2%	11.1%	34.8%	48.9%	100.0%
Séptimo (N°)	3	8	17	43	31	102
	2.9%	7.8%	16.7%	42.2%	30.4%	100.0%
Octavo (N°)	5	13	16	53	40	127
	3.9%	10.2%	12.6%	41.7%	31.5%	100.0%
Noveno (N°)	4	19	35	47	34	139
	2.9%	13.7%	25.2%	33.8%	24.5%	100.0%
Décimo (N°)	2	11	35	43	43	134
	1.5%	8.2%	26.1%	32.1%	32.1%	100.0%
Once (N°)	5	13	29	39	43	129
	3.9%	10.1%	22.5%	30.2%	33.3%	100.0%
Total	19	71	147	272	257	766
	2.5%	9.3%	19.2%	35.5%	33.6%	100.0%

La tabla 7 muestra que en la solución de problemas, los mayores porcentajes para los grados séptimo y noveno se concentran en las categorías inferiores; mientras que, los estudiantes del grado octavo, distribuyen sus mayores porcentajes entre las categorías inferiores y superiores; por su parte los grados sexto, décimo y once se ubican

en las categorías superiores. Se establece entonces una diferencia significativa ( $\chi^2 = 56,0$ ;  $gl = 20$ ;  $p < 0,000$ ) para la variable solución de problemas, según curso.

Tabla 7

*Relación significativas entre solución de problemas y grado escolar*

Curso	Solución de problemas					Total
	Muy bajo	Bajo	Medio	Alto	Muy alto	
Sexto (N°)	24	30	32	16	33	135
	17.8%	22.2%	23.7%	11.9%	24.4%	100.0%
Séptimo (N°)	33	25	16	10	18	102
	32.4%	24.5%	15.7%	9.8%	17.6%	100.0%
Octavo (N°)	39	14	29	25	20	127
	30.7%	11.0%	22.8%	19.7%	15.7%	100.0%
Noveno (N°)	37	41	41	10	10	139
	26.6%	29.5%	29.5%	7.2%	7.2%	100.0%
Décimo (N°)	29	21	32	26	26	134
	27.6%	15.7%	23.9%	19.4%	19.4%	100.0%
Once (N°)	23	28	39	20	19	129
	17.8%	21.7%	30.2%	15.5%	14.7%	100.0%
Total	185	159	189	107	126	766
	24.2%	20.8%	24.7%	14.0%	16.4%	100.0%

En cuanto al sector (público o privado) la tabla 8 indica que los estudiantes que

pertenecen a colegios públicos, ubican el mayor número de casos en las categorías inferiores, en comparación con los estudiantes de colegios privados en los cuales el mayor porcentaje se concentra en las categorías superiores para la variable autoestima; Se establece entonces una diferencia significativa ( $\chi^2 = 14,5$ ;  $gl = 4$ ;  $p < 0,006$ ) autoestima, según sector.

Tabla 8

*Relaciones significativas entre autoestima y sector*

Sector	Autoestima					Total
	Muy bajo	Bajo	Medio	Alto	Muy alto	
Publico (N°)	154	71	57	94	72	448
	34.4%	15.8%	12.7%	21.0%	16.1%	100.0%
Privado (N°)	72	49	54	87	56	318
	22.6%	15.4%	17.0%	27.4%	17.6%	100.0%
Total	226	120	111	181	128	766
	9.5%	5.7%	14.5%	23.6%	16.7%	100.0%

De acuerdo a lo anterior, se puede decir que la calidad de los sentimientos expresados, así como el interés y el cuidado que se percibe en el hogar, al igual que la capacidad de enfrentar el estrés situacional y evolutivo por parte de un grupo familiar es percibido como adecuado en el sexo masculino e inadecuado en las mujeres. En cuanto al curso, la mayoría de los grados perciben alta cohesión en sus hogares.

El concepto de sí mismo y la forma de solucionar problemas es “adecuada” para

la mayoría de los estudiantes; sin embargo, los estudiantes que pertenecen a instituciones del sector público presentan en un mayor porcentaje baja autoestima.

De acuerdo a los resultados se presentaron diferencias significativas únicamente para algunas de las variables predictoras y las variables control, por lo cual estos datos se tendrán en cuenta en el apartado de recomendaciones y sugerencias.

### **Relaciones entre Variables Predictoras**

Se realiza un análisis de contingencia entre las variables predictoras, para observar su grado de interrelación. A continuación se presentan los análisis de aquellas relaciones que resultaron estadísticamente significativas a la luz del análisis del Chi cuadrado.

La tabla 9 muestra cómo los estudiantes que puntúan en las categorías inferiores en la variable adaptabilidad, lo hacen también en la variable autoestima; por otro lado se puede afirmar que los estudiantes que en sus hogares cuentan con estrategias adecuadas para afrontar situaciones vitales estresantes presentan un alto concepto de sí mismo; se puede afirmar entonces que la alta adaptabilidad es un buen predictor de una alta autoestima y viceversa, aspecto que es confirmado en la relación significativa ( $\chi^2 = 87,8$ ;  $gl = 16$ ;  $p < 0,000$ ) que se establece para las variables adaptabilidad y autoestima.

Tabla 9

*Relación entre adaptabilidad y autoestima*

Adaptabilidad	Autoestima					Total
	Muy bajo	Bajo	Medio	Alto	Muy alto	
Muy Bajo (N°)	11	0	2	2	1	16
	68.8%	0.0%	12.5%	12.5%	6.3%	100.0%
Bajo (N°)	34	11	9	12	0	66
	51.5%	16.7%	13.6%	18.2%	0.0%	100.0%
Medio (N°)	76	36	24	30	22	188
	40.4%	19.1%	12.8%	16.0%	11.7%	100.0%
Alto (N°)	66	44	42	79	43	274
	24.4%	16.1%	15.3%	28.8%	15.7%	100.0%
Muy Alto (N°)	39	29	34	58	62	222
	17.6%	13.1%	15.3%	26.1%	27.9%	100.0%
Total	226	120	111	181	128	766
	29.5%	15.7%	14.5%	23.6%	16.7%	100.0%

La tabla 10 muestra que cuando la cohesión se encuentra en categorías superiores, la autoestima responde de forma equivalente, pudiendo afirmarse que la calidez de un hogar contribuye a una buena autoestima; estableciéndose una relación significativa ( $\chi^2 = 62,4$ ;  $gl = 16$ ;  $p < 0,000$ ) entre las variables cohesión y autoestima.

Tabla 10.

*Relación entre autoestima y cohesión familia.*

Cohesión	Autoestima					Total
	Muy bajo	Bajo	Medio	Alto	Muy alto	
Muy Baja (N°)	10	4	2	1	2	19
	52.6%	21.1%	10.5%	5.3%	10.5%	100.0%
Baja (N°)	36	10	9	10	6	71
	50.7%	14.1%	12.7%	14.1%	8.5%	100.0%
Media (N°)	57	23	19	34	14	147
	38.8%	15.6%	12.9%	23.1%	9.5%	100.0%
Alta (N°)	77	46	42	69	38	272
	28.3%	16.9%	15.4%	25.4%	14.0%	100.0%
Muy Alta (N°)	46	37	39	67	68	257
	17.9%	14.4%	15.2%	26.1%	26.5%	100.0%
Total	226	120	111	181	128	766
	29.5%	15.7%	14.5%	23.6%	16.7%	100.0%

La tabla 11 muestra cómo la variable apoyo social al colocarse en las categorías superiores coincide con la ubicación de la autoestima en las mismas categorías, de este modo los datos indican que cuando se percibe un inadecuado soporte social, de la misma forma se presenta un deterioro en la valía personal, por el contrario, la presencia de una buena red de apoyo social favorece la autoestima del estudiante; estableciéndose una relación significativa ( $\chi^2 = 167,8$ ;  $gl = 16$ ;  $p < 0,000$ ) entre las variables apoyo social y

autoestima.

Tabla 11

*Relación entre Apoyo social y autoestima*

Apoyo Social	Autoestima					Total
	Muy Bajo	Bajo	Medio	Alto	Muy Alto	
Muy Bajo (N°)	89	17	12	16	6	140
	63.6%	12.1%	8.6%	11.4%	4.3%	100.0%
Bajo (N°)	63	33	30	29	11	166
	38.0%	19.9%	18.1%	17.5%	6.6%	100.0%
Medio (N°)	31	29	21	42	24	147
	21.1%	19.7%	14.3%	28.6%	16.3%	100.0%
Alto (N°)	20	22	26	52	39	159
	12.6%	13.8%	16.4%	32.7%	24.5%	100.0%
Muy Alto (N°)	23	19	22	12	48	154
	14.9%	12.3%	14.3%	27.3%	31.2%	100.0%
Total	226	120	111	181	128	776
	29.5%	15.7%	14.5%	23.6%	16.7%	100.0%

La tabla 12 muestra una relación directa entre las variables solución de problemas y autoestima, ya que simultáneamente los mayores porcentajes de las dos variables se ubican en las categorías muy baja y baja. Por otra parte, cuando los estudiantes tienen una buena capacidad para resolver sus problemas igualmente su

autoestima es alta; esto es corroborado por una relación significativa ( $\chi^2 = 210,9$ ;  $gl = 16$ ;  $p < 0,000$ ) entre las variables solución de problemas y autoestima.

Tabla 12

Relación entre solución de problemas y autoestima

Solución de Problemas	Autoestima					Total
	Muy Bajo	Bajo	Medio	Alto	Muy Alto	
Muy baja (N°)	98	30	19	26	12	185
	53.0%	16.2%	10.3%	14.1%	6.5%	100.0%
Baja (N°)	65	32	24	27	11	159
	40.9%	20.1%	15.1%	17.0%	6.9%	100.0%
Media (N°)	38	41	41	49	20	189
	20.1%	21.7%	21.7%	25.9%	10.6%	100.0%
Alta (N°)	17	9	15	34	32	107
	15.9%	8.4%	14.0%	31.8%	29.9%	100.0%
Muy alta (N°)	8	8	12	45	53	126
	6.3%	6.3%	9.5%	35.7%	42.1%	100.0%
Total	226	120	111	181	128	766
	29.5%	15.7%	14.5%	23.6%	16.7%	100.0%

La tabla 13 establece la relación entre las variables predictivas cohesión y adaptabilidad muestra que cuando una persona se ubica en las categorías inferiores de cohesión familiar, la variable adaptabilidad puntúa en categorías similares, y que el hecho de que un estudiante cuente con un grupo familiar con adecuados vínculos

afectivos, donde haya expresión de sentimientos e interés entre sus miembros, posibilita la habilidad para que este hogar pueda adaptarse apropiadamente a nuevas situaciones vitales; lo cual es confirmado por la presencia de una relación significativa ( $\chi^2 = 587,2$ ;  $gl = 16$ ;  $p < 0,000$ ) entre las variables adaptabilidad y cohesión familiar.

Tabla 13

*Relación entre cohesión y adaptabilidad familiar*

Cohesión familiar	Adaptabilidad familiar					Total
	Muy Bajo	Bajo	Media	Alto	Muy Alto	
Muy Bajo	7	8	4	0	0	19
	36.8%	42.1%	21.1%	0.0%	0%	100.0%
Bajo	6	32	24	7	2	71
	8.5%	45.1%	33.8	9.9%	2.8%	100.0%
Medio	2	18	76	48	3	147
	1.4%	12.2%	51.7%	32.7%	2.0%	100.0%
Alto	0	6	76	131	59	272
	0.0%	2.2%	27.9%	48.2%	21.7%	100.0%
Muy alto	1	2	8	88	158	257
	0.4%	0.8%	3.1%	34.2%	61.5%	100.0%
Total	16	66	188	274	222	766
	2.1%	8.6%	24.5%	35.8%	29.0%	100.0%

La tabla 14 presenta una relación directa entre estas variables; es decir, la

percepción de un alto apoyo social, es predictor de una buena adaptabilidad dentro de el hogar del estudiante, presentando una relación significativa ( $\chi^2 = 587,2$ ;  $gl = 16$ ;  $p < 0,000$ ) entre las variables adaptabilidad familiar y apoyo social

Tabla 14

*Relaciones entre apoyo social y adaptabilidad familiar*

Apoyo Social	Adaptabilidad					Total
	Muy bajo	Bajo	Medio	Alto	Muy alto	
Muy baja (N°)	10	30	57	26	17	140
	7.1%	21.4%	40.7%	18.6%	12.1%	100.0%
Baja (N°)	2	17	59	63	25	166
	1.2%	10.2%	35.5%	38.0%	15.1%	100.0%
Media (N°)	2	11	29	68	37	147
	1.4%	7.5%	19.7%	46.3%	25.2%	100.0%
Alta (N°)	1	4	27	74	53	159
	0.6%	2.5%	17.0%	46.5%	33.3%	100.0%
Muy alta (N°)	1	4	16	43	90	154
	0.6%	2.6%	10.4%	27.9%	58.4%	100.0%
Total	16	66	188	274	222	766
	2.1%	8.6%	24.5%	35.8%	29.0%	100.0%

La tabla 15 indica la presencia de relaciones directas entre las variables apoyo social y cohesión familiar; es decir, un apoyo social percibido alto es predictor de una

buena cohesión dentro del hogar del estudiante, presentando una relación significativa ( $\chi^2 = 163,032$ ;  $gl = 16$ ;  $p < 0,000$ ) entre las variables cohesión familiar y apoyo social.

Tabla 15

*Relaciones entre apoyo social y cohesión familiar*

Apoyo Social	Cohesión					Total
	Muy Bajo	Bajo	Medio	Alto	Muy Alto	
Muy Baja (N°)	9	36	38	42	15	140
	6.4%	25.7%	7.1%	30.0%	10.7%	100.0%
Baja (N°)	5	17	46	65	33	166
	3.0%	10.2%	27.7%	39.2%	19.9%	100.0%
Media (N°)	1	9	25	57	55	147
	0.7%	6.1%	17.0%	38.8%	37.4%	100.0%
Alta (N°)	3	5	25	65	61	159
	1.9%	3.1%	15.7%	40.9%	38.4%	100.0%
Muy Alta (N°)	1	4	13	43	93	154
	0.6%	2.6%	8.4%	27.9%	60.4%	100.0%
Total	19	71	147	272	257	766
	2.5%	9.3%	19.2%	35.5%	33.6%	100.0%

Los resultados de la tabla 16 muestran cómo ante la ubicación de la variable solución de problemas en las categorías inferiores, la variable adaptabilidad responde concentrando sus valores en la categoría Media, pero las dos variables coinciden al ubicarse en niveles superiores, indicando que las habilidades adecuadas para enfrentar

los estresores vitales y evolutivos en una familia, predicen formas de resolver problemas más efectivos en los estudiantes. Se presenta entonces una relación significativa ( $\chi^2 = 121,4$ ;  $gl = 16$ ;  $p < 0,000$ ) entre las variables adaptabilidad familiar y solución de problemas.

Tabla 16

*Relación entre solución de problemas y adaptabilidad*

Solución de problemas	Adaptabilidad Familiar					Total
	Muy Bajo	Bajo	Media	Alto	Muy Alto	
Muy Bajo	12 6.5%	34 18.4%	57 30.8%	45 24.3%	37 20.0%	185 100.0%
Bajo	1 0.6%	12 7.5%	53 33.3%	58 36.5%	35 22.0%	159 100.0%
Medio	2 1.1%	15 7.9%	49 25.9%	76 40.2%	47 24.9%	189 100.0%
Alto	0 0.0%	4 3.7%	13 12.1%	51 47.7%	39 36.4%	107 100.0%
Muy alto	1 0.8%	1 0.8%	16 12.7%	44 34.9%	64 50.8%	126 100.0%
Total	16 2.1%	66 8.6%	188 24.5%	274 35.8%	222 29.0%	766 100.0%

La tabla 17 presenta la relación entre los factores protectores solución de problemas y cohesión familiar mostrando cómo al ubicarse la solución de problemas en

las categorías inferiores, la cohesión se concentra en categorías similares. De igual forma, cuando un hogar es cálido da elementos para que la persona enfrente mejor sus problemas. Se evidencia entonces una relación significativa ( $\chi^2 = 79,3$ ;  $gl = 16$ ;  $p < 0,000$ ) entre las variables cohesión familiar y solución de problemas.

Tabla 17

*Relación entre solución de problemas y cohesión familiar*

Solución de Problemas	Cohesión Familiar					Total
	Muy Bajo	Bajo	Media	Alto	Muy Alto	
Muy Bajo	15 8.1%	32 17.3%	41 22.2%	52 28.1%	45 24.3%	185 100.0%
Bajo	3 1.9%	11 6.9%	35 22.0%	65 40.9%	45 28.3%	159 100.0%
Medio	0 0.0%	18 9.5%	38 20.1%	72 38.1%	61 32.3%	189 100.0%
Alto	0 0.0%	5 4.7%	18 16.8%	39 36.4%	45 42.1%	107 100.0%
Muy alto	1 0.8%	5 4.0%	15 11.9%	44 34.9%	61 48.4%	126 100.0%
Total	19 2.5%	71 9.3%	147 19.2%	272 35.5%	257 33.6%	766 100.0%

Por último, analizando la tabla 18, un apoyo social percibido como bajo y muy

bajo se relaciona directamente con una inadecuada forma de solucionar un problema. Por otra parte, los porcentajes altos para las dos variables indican que cuando existe apoyo social, la probabilidad para solucionar adecuadamente un problema también incrementa, lo cual evidencia una relación significativa ( $\chi^2 = 176,8$ ;  $gl = 16$ ;  $p < 0,000$ ) entre las variables apoyo social y solución de problemas.

Tabla 18

*Relación significativa entre apoyo social y solución de problemas*

Apoyo Social	Solución de Problemas					Total
	Muy Bajo	Bajo	Medio	Alto	Muy Alto	
Muy Baja (N°)	78	35	16	8	3	140
	55.7%	20.0%	11.4%	5.7%	2.1%	100.0%
Baja (N°)	36	54	41	24	11	166
	21.7%	32.5%	24.7%	14.5%	6.6%	100.0%
Media (N°)	27	33	42	19	26	147
	18.4%	22.4%	28.6%	12.9%	17.7%	100.0%
Alta (N°)	21	18	49	33	38	159
	13.2%	11.3%	30.8%	20.8%	23.9%	100.0%
Muy Alta (N°)	23	19	41	23	48	154
	14.9%	12.3%	26.6%	14.9%	31.2%	100.0%
Total	185	159	189	107	126	766
	24.2%	20.8%	24.7%	14.0%	16.4%	100.0%

De acuerdo con lo anterior, se puede decir que la relación entre variables

predictoras puede ser de carácter directo, como lo muestra el análisis multivariante, en cada una de las tablas de cruce, de esta forma se obtiene que el efecto de una variable es contingente con otra variable; a medida que una cambia se sabe cómo está cambiando la otra.

En este sentido, se observa una relación directa entre los siguientes pares de variables: A) apoyo social-autoestima, B) solución de problemas- autoestima, C) apoyo social-solución de problemas, D) apoyo social-adaptación y cohesión-adaptabilidad.

### **Relación entre Variables Predictoras y la Variable Criterio**

Se examina la correlación entre variables predictoras y la variable criterio con el fin de establecer el nivel de predicción que presentan las primeras frente a la ideación suicida.

Así la tabla 19 indica que cuando un estudiante presenta una baja o muy baja autoestima la presencia de pensamientos suicidas se ubica en las categorías superiores. Contrario a esto, cuando un estudiante establece y mantiene una buena relación consigo mismo, la ideación suicida tiende a disminuir ubicándose en las categorías inferiores. Se establece entonces una relación significativa ( $\chi^2 = 199,5$ ;  $gl = 16$ ;  $p < 0,000$ ) entre las variables autoestima e ideación suicida.

Tabla 19

*Relación entre autoestima e ideación suicida*

Autoestima	Ideación Suicida					Total
	Muy Bajo	Bajo	Medio	Alto	Muy Alto	
Muy Baja (N°)	10	27	42	59	88	226
	4.4%	11.9%	18.6%	26.1%	38.9%	100.0%
Baja (N°)	28	25	22	19	17	120
	15.0%	20.0%	28.3%	20.8%	15.8%	100.0%
Media (N°)	28	25	22	19	17	111
	25.2%	22.5%	19.8%	17.1%	15.3%	100.0%
Alta (N°)	68	48	26	21	18	181
	37.6%	26.5%	14.4%	11.6%	9.9%	100.0%
Muy Alta (N°)	62	36	12	9	9	128
	48.4%	28.1%	9.4%	7.0%	7.0%	100.0%
Total	186	160	136	133	151	766
	24.3%	20.9%	17.8%	17.4%	19.7%	100.0%

La tabla 20 indica la asociación entre adaptabilidad y la ideación suicida, muestra cómo en ubicaciones de la primera en las categorías inferiores, la ideación suicida tiende a aumentar situándose en los puntos superiores, pero el contar con habilidades para responder adecuadamente al estrés situacional y evolutivo en un hogar, posibilita la disminución de ideas suicidas como formas de afrontamiento ante

situaciones conflictivas en el estudiante, estableciéndose entonces una relación significativa ( $\chi^2 = 139,9$ ;  $gl = 16$ ;  $p < 0,000$ ) entre las variables adaptabilidad e ideación suicida.

Tabla 20

*Relación entre adaptabilidad e ideación suicida*

Adaptabilidad	Ideación Suicida					Total
	Muy Bajo	Bajo	Medio	Alto	Muy Alto	
Muy Bajo (N°)	0	2	2	4	8	16
	0.0%	12.5%	12.5%	25.0%	50.0%	100.0%
Bajo (N°)	3	7	10	14	32	66
	4.5%	10.6%	15.2%	21.2%	48.5%	100.0%
Media (N°)	22	25	36	49	56	188
	11.7%	13.3%	19.1%	26.1%	29.8%	100.0%
Alta (N°)	77	72	53	42	30	274
	28.1%	26.3%	19.3%	15.3%	10.9%	100.0%
Muy Alta (N°)	84	54	35	24	25	222
	37.8%	24.3%	15.8%	10.8%	11.3%	100.0%
Total	186	160	136	133	151	766
	24.3%	20.9%	17.8%	17.4%	19.7%	100.0%

La tabla 21 muestra una relación inversa entre la variable cohesión familiar y la ideación suicida, los porcentajes altos ubicados en categorías baja y muy baja para la primera y muy alta para la segunda relacionan claramente una presencia alta de

pensamientos suicidas cuando la calidez y el afecto en el hogar del estudiante están ausentes y por el contrario, la parte inferior de la tabla indica una mínima presencia de pensamientos suicidas cuando en el sistema familiar los lazos afectivos están presentes, lo anterior indica una relación significativa ( $\chi^2 = 100,7$ ;  $gl = 16$ ;  $p < 0,000$ ) entre las variables cohesión familiar y la ideación suicida.

Tabla 21

*Relación entre cohesión familiar e ideación suicida*

Cohesión	Ideación Suicida					Total
	Muy Bajo	Bajo	Medio	Alto	Muy Alto	
Muy Baja (N°)	1	0	2	4	12	19
	5.3%	0.0%	10.5%	21.1%	63.2%	100.0%
Baja (N°)	5	10	8	17	31	71
	7.0%	14.4%	11.3%	23.9%	43.7%	100.0%
Media (N°)	29	23	26	36	33	147
	19.7%	15.6%	17.7%	24.5%	22.4%	100.0%
Alta (N°)	61	64	52	47	48	272
	22.4%	23.5%	19.1%	17.3%	17.6%	100.0%
Muy Alta (N°)	90	63	48	29	27	257
	30.0%	24.5%	18.7%	11.3%	10.5%	100.0%
Total	186	160	136	133	151	766
	24.3%	20.9%	17.8%	17.4%	19.7%	100.0%

La tabla 22 muestra que un pobre soporte social en los estudiantes puede conducir a una alta presencia de ideación suicida. Al contrario el percibir un alto soporte social proveniente de amigos y familiares se relaciona con una disminución notoria de pensamientos suicidas en los estudiantes, verificándose una relación significativa ( $\chi^2 = 207,6$ ;  $gl = 16$ ;  $p < 0,000$ ) entre las variables apoyo social e ideación suicida.

Tabla 22

*Relación entre apoyo social e ideación suicida*

Apoyo Social	Ideación Suicida					Total
	Muy Bajo	Bajo	Medio	Alto	Muy Alto	
Muy Bajo (N°)	6	12	20	31	71	140
	4.3%	8.6%	14.3%	22.1%	50.7%	100.0%
Bajo (N°)	24	30	32	45	35	166
	14.5%	18.1%	19.3%	27.1%	21.1%	100.0%
Media (N°)	34	39	32	27	15	147
	23.1%	26.5%	21.8%	18.4%	10.2%	100.0%
Alta (N°)	48	43	36	18	14	159
	30.2%	27.0%	22.6%	11.3%	8.8%	100.0%
Muy Alta (N°)	74	36	16	12	16	154
	48.1%	23.4%	10.4%	7.8%	10.4%	100.0%
Total	186	160	136	133	151	766
	24.3%	20.9%	17.8%	17.4%	19.7%	100.0%

Por último la tabla 23 indica que cuando la capacidad para resolver problemas de un estudiante es inadecuada, sus pensamientos suicidas aumentan.

Tabla 23

*Relación entre solución de problemas e ideación suicida*

Solución de Problemas	Ideación Suicida					Total
	Muy Bajo	Bajo	Medio	Alto	Muy Alto	
Muy Baja (N°)	10	11	26	47	91	185
	44.9%	5.9%	14.1%	25.4%	49.2%	100.0%
Baja (N°)	18	27	36	39	39	159
	11.3%	17.0%	22.6%	24.5%	24.5%	100.0%
Media (N°)	52	57	37	31	12	189
	27.5%	30.2%	19.6%	16.4%	6.3%	100.0%
Alta (N°)	41	37	15	9	5	107
	38.3%	34.6%	14.0%	8.4%	4.7%	100.0%
Muy Alta (N°)	65	28	22	7	4	126
	51.6%	22.2%	17.5%	5.6%	3.2%	100.0%
Total	186	160	136	133	151	766
	24.3%	20.9%	17.8%	17.4%	19.7%	100.0%

Por el contrario, aquellos que tienen altas o muy altas probabilidades de emitir conductas apropiadas ante situaciones que requieren de respuestas eficaces y funcionales, presentaron baja o muy baja ideación suicida, lo cual corrobora una

relación significativa ( $\chi^2 = 286,5$ ;  $gl = 16$ ;  $p < 0,000$ ) entre las variables solución de problemas e ideación suicida.

De acuerdo con lo anterior se establecen correlaciones de tipo negativo entre las variables predictoras y la variable criterio, esto se fundamenta en los resultados arrojados por la prueba del Chi cuadrado, los cuales indican una relación significativa entre los factores protectores y la ideación suicida, puesto que cuando las primeras aumentan los pensamientos suicidas tienden a disminuir y, de igual forma los pensamientos suicidas están en niveles superiores cuando la presencia de las variables predictoras ha disminuido, tales resultados operan con una probabilidad de error menor a 0,000.

### **Análisis de la Regresión Múltiple**

En el análisis estadístico-descriptivo de las Variables de Estudio, la tabla 24 indica que la muestra del estudio presenta una media aproximada a 50 y una desviación estándar cercana a 10 en los puntajes típicos (puntajes  $t$ ) de cada una de las variables de estudio, lo cual indica que tanto la muestra con la que se estandarizaron las pruebas en la ciudad de San Juan de Pasto en el año 2006 (utilizadas para el estudio), como la que participó en esta investigación, se distribuyen en forma similar a nivel estadístico. Estos elementos justifican el uso de tales criterios de estandarización en la muestra del presente estudio.

Tabla 24

*Descripción estadística de las variables de estudio*

Variables de Estudio	Media	Desviación Estándar	N°
PANSI	49.7	9.9	764
AE	49.7	9.9	764
AS	50.7	10.2	764
SPSI	49.1	10.6	764
FACES A	49.3	9.1	764
FACES C	50.9	9.0	764

*Correlación entre variables de estudio*

El siguiente análisis se realiza con el propósito de evidenciar el comportamiento de las variables predictoras al interrelacionarse y, en un segundo lugar, evaluar su nivel de asociación con la variable criterio.

Las interrelaciones entre variables predictoras y sus efectos estimados permiten establecer una asociación de carácter directo, en este sentido, la correlación más alta se ubica entre las variables adaptabilidad y cohesión familiar y la correlación más baja se ubica entre las variables autoestima y cohesión familiar.

Al analizar los valores de correlación entre variables predictoras y la variable criterio, estos indican relaciones inversas que obedecen a las hipótesis de trabajo planteadas. De esta forma, la mayor relación se establece entre la variable solución de problemas e ideación suicida, observando que el mayor valor del coeficiente beta de la regresión, lo aporta este factor.

Estableciendo un orden, la variable apoyo social aporta el segundo mejor valor de correlación frente a la ideación suicida, seguida por la variable autoestima; posteriormente se encuentran la adaptabilidad familiar y la cohesión familiar.

Tabla 25

*Correlación entre variables de Estudio*

Variables de Estudio	PANSI	AE	AS	SPSI	FACES A	FACES C
PANSI	1.000	-0.455	-0.498	-0.568	-0.391	-0.350
AE	-0.455	1.000	0.441	0.474	0.315	0.277
AS	-0,498	0.441	1.000	0.453	0.473	0.442
SPSI	-0.568	0.474	0.453	1.000	0.401	0.335
FACES A	-0.391	0.315	0.473	0.401	1.000	0.739
FACES C	-0.350	0.227	0.442	0.335	0.739	1.000

\* Para el análisis de las correlaciones entre las variables de estudio se toma una muestra de 764 estudiantes.

El nivel de significancia para los datos que se muestran en la tabla 25 es de 0,000; por lo cual se pueden rechazar las hipótesis nulas y aceptar la presencia de relaciones significativas entre todos los pares de variables, con un nivel de confianza igual o superior al 99%.

***Cálculo del Modelo de Regresión***

Para el planteamiento del modelo de regresión lineal múltiple, se emplea la técnica denominada stepwise, o método paso a paso, el cual permite examinar la

contribución incremental de cada variable predictora al modelo de regresión. Se considera la inclusión de cada variable antes de desarrollar la ecuación. De este modo, primero se añade la variable independiente con la contribución más grande. Las variables independientes se seleccionan entonces para la inclusión basadas en su contribución incremental sobre la(s) variable(s) ya existente(s) en la ecuación (Hair, Anderson, Tathan, y Black, 2004). Las cuestiones específicas en cada etapa son:

En primer lugar se inicia con un modelo de regresión simple en el cual se utiliza una única variable predictora que es la que se muestra más altamente correlacionada con la variable criterio. Para el presente estudio, el modelo seleccionó la variable solución de problemas, en razón de que presenta el mayor valor de correlación frente a la ideación suicida; sin embargo, el porcentaje de varianza que explica el modelo todavía es bajo y el error de estimación tiene un valor considerable.

Como segundo paso se examinan los coeficientes de correlación parcial para encontrar una variable predictora adicional que explique además de una parte significativa, la mayor parte del error que queda de la primera ecuación de regresión. En este caso, para el segundo modelo se incluyó la siguiente variable con el coeficiente más alto que correspondió al apoyo social, lo cual permitió una mayor explicación del modelo, minimizando el nivel de error.

En el tercer paso se recalcula la ecuación de regresión utilizando las dos variables predictoras, y se examina el valor parcial  $F$  de la variable original del modelo para ver si todavía realiza una contribución significativa dada la presencia de la nueva variable predictora. De esta forma se involucró la variable autoestima, evidenciando un aumento significativo en el porcentaje de varianza explicada y disminuyendo notoriamente el error de estimación. Continuando con el procedimiento, se incluyó una

nueva variable, adaptabilidad familiar, la cual contribuyó a optimizar el porcentaje de varianza que explica el modelo y a disminuir el error de estimación en comparación con los modelos anteriores.

La técnica Stepwise tiene la capacidad de eliminar o añadir variables en cada etapa dependiendo de su contribución significativa al calcular la ecuación de regresión. El modelo no tiene en cuenta la quinta variable, cohesión familiar, probablemente porque el valor de su coeficiente no es significativo dentro la construcción de este.

Tabla 26

*Modelo de regresión múltiple*

<b>Modelo</b>	<b>R</b>	<b>R Cuadrado</b>	<b>R Cuadrado Ajustado</b>	<b>Error de Estimación</b>
<b>1</b>	0.568 (a)	0.322	0.321	8.14
<b>2</b>	0.629 (b)	0.395	0.394	7.69
<b>3</b>	0.644 (c)	0.415	0.412	7.57
<b>4</b>	<b>0.649 (d)</b>	<b>0.421</b>	<b>0.418</b>	<b>7.53</b>

(a) = Variable predictora solución de problemas

(b) = Variables predictoras solución de problemas, apoyo social

(c) = Variables predictoras solución de problemas, apoyo social, autoestima

(d) = Variables predictoras solución de problemas, apoyo social, autoestima, adaptabilidad familiar

\* Variable criterio ideación suicida

La tabla 27 indica cómo el modelo explica un porcentaje significativo de la

variación de la ideación suicida (42%), frente a un 58% que no se puede explicar por el mismo, estableciéndose una varianza debida al modelo (138,029) que es significativamente mayor que la varianza debida al error.

Además el contar con un nivel de significación de 0,000, proporciona una estimación probabilística sobre si los coeficientes estimados, al ser aplicados a un proceso de generalización, serán diferentes de cero (0).

Tabla 27

*Resultados del análisis de varianza*

Modelo	Suma de Cuadrados	Df	Cuadrado media	F	Significancia
Regresión	31384.539	4	7846.135	138.029	0.000
Residual	43144.549	759	56.844		
Total	74529.088	763			

\* Variable criterio ideación suicida

La tabla 28 indica los aportes significativos e influencia relativa de cada una de las variables protectoras en la predicción de la variable criterio, determinando así la variable más influyente, presentando la correlación de cada variable con el coeficiente de regresión mediante los t parcial.

Tabla 28

*Modelo de Regresión lineal múltiple*

Modelo	Coeficientes sin estandarizar		Coeficiente estandarizado		
	Beta	Error Estándar	Beta	t-parcial	Significancia
Constante	89.863	1.860		48,310	0.000
Solución de problemas	-0.330	0.032	-.353	-10.483	0.000
Apoyo social	-0.217	0.033	-.224	-6.526	0.000
Autoestima	-0.159	0.033	-.159	-4.851	0.000
Adaptabilidad familiar	-0.102	0.035	-,094	-2.905	0.004

El modelo de regresión lineal múltiple que relaciona la variable criterio ideación suicida con las variables predictoras solución de problemas, apoyo social, autoestima y adaptabilidad familiar se sintetiza en la siguiente ecuación:

$$IS = 89,86 - 0,330 (SPSI) - 0,217 (AS) - 0,159 (AE) - 0,102 (FACES A)$$

Donde el coeficiente máximo de regresión lo aporta la variable solución de problemas, seguida por apoyo social, autoestima y con un menor valor adaptabilidad familiar. Por su parte, la variable cohesión familiar no resultó significativa en este modelo.

## DISCUSION Y CONCLUSIONES

Con respecto al tema del suicidio se han llevado a cabo diversas investigaciones, las cuales apuntan a indagar las causas del por qué una persona intenta suicidarse o por qué lo hizo; otras investigaciones se dedican a indagar sobre la incidencia de variables personales, familiares y sociales en grupos de adolescentes que presentan ideación suicida o intento de suicidio. Sin embargo, en el contexto nariñense, pese a ser esta una problemática evidente, no se han llevado a cabo investigaciones en las que se tengan en cuenta estas características y su valor protector frente a la ideación suicida

Frente a esta situación el estudio propuesto pretendía validar un modelo integrador de factores protectores solución de problemas, apoyo social, autoestima, adaptabilidad y cohesión familiar frente a la ideación suicida en estudiantes de bachillerato de la ciudad de San Juan de Pasto.

Entre los principales resultados hallados en esta investigación se encuentran: 1) relaciones positivas entre las variables predictoras, 2) relaciones negativas entre cada una de las variables predictoras y la variable criterio y 3) se demostró el valor predictivo de un modelo compuesto por las variables solución de problemas, apoyo social, autoestima y adaptabilidad familiar frente a la ideación suicida. Estos resultados permitieron comprobar las hipótesis de trabajo planteadas en este estudio, a excepción de la hipótesis que plantea que la adaptabilidad y cohesión familiar en términos balanceados tendrá una relación inversa con la ideación suicida; en el estudio se comprobó que estas dos variables tiene una relación inversa con la variable criterio al presentar entre las mismas una correlación lineal.

En primer lugar, con respecto a las relaciones positivas que se establecen entre variables predictoras, se evidenciaron correlaciones entre los factores protectores; de

esta manera la presencia de uno de éstos agentes preventivos se encuentra directamente relacionada con la acción de cualquier otro factor protector propuesto en el estudio. Los resultados demuestran que la alta presencia de una variable se relaciona con la alta presencia de la otra, estas correlaciones implican que cuando una de las variables está presente en el adolescente, es de esperarse que una de las otras, o las demás, también lo estén más o menos en la misma proporción.

Se encontró que el concepto positivo de sí mismo está muy relacionado con el alto apoyo social percibido y con formas adecuadas de resolver problemas. En este sentido los adolescentes con autoestima alta crean y manejan estrategias adaptativas que promueven el sano crecimiento y desarrollo, pues son conscientes de sus capacidades y las utilizan para la solución adecuada de conflictos y, en el caso de fracasar, buscan apoyo de amigos y seres cercanos a ellos (Barlow y Durand, 2004).

Cooper y Smith, (citados por Lieberman, Solomon y Ginzburg, 2005) coinciden al afirmar que la autoestima posibilita en el individuo el incremento de su capacidad personal para afrontar efectivamente el estrés a igual que su implicación social. De esta forma, el hecho de que la autoestima se fundamente en las evaluaciones de quienes se encuentran alrededor de un individuo, como amigos y familiares, va a repercutir en las expectativas que se tenga de la conducta y del ajuste psicológico, generando un bienestar psicológico en la persona que se refleja tanto en las relaciones consigo misma como con su entorno (Berk, 2004).

De acuerdo con los resultados, la adecuada solución de conflictos se encuentra ligada al soporte social, por lo tanto el percibir que se cuenta con herramientas necesarias y recursos sociales ante una situación estresante, permitirá al estudiante

afrontarla adecuadamente. En este contexto, Zubin y Spring (citados por Delgado e Insuasty, 2004) afirman que la percepción de apoyo y disponibilidad por parte de las personas cercanas (amigos, padres de familia) en los momentos difíciles, posibilita el afrontamiento del estrés, a la vez que evita las consecuencias negativas de este.

De igual forma, los resultados evidenciaron que una alta autoestima se relaciona con un buen funcionamiento familiar; se indica que una percepción de calidez emocional por parte de los miembros de un hogar, permite que el concepto de sí mismo mejore. Frente a esta afirmación, autores como Brown, Benett y Moncher (2004) relacionan la cohesión familiar con alta autoestima, afirmando que los estudiantes que sienten que sus padres les brindan el cariño necesario, se sienten importantes y fortalecen su autoestima desde temprana edad.

Por otra parte, se encontró que la capacidad de un sistema familiar para presentar un adecuado ajuste a situaciones vitales sean o no tensionantes, está asociada a la percepción de calidez y apoyo emocional que se demanda entre miembros de un hogar, lo cual es valorado por los estudiantes como adecuado dentro de sus familias. Esta situación se presenta cuando las reglas del hogar son claras y los eventos vitales son asumidos por la familia con responsabilidad, permitiendo que el adolescente perciba a su familia como un hogar cálido donde el apoyo mutuo está presente (Fishman, 1995).

Así, asumiendo los resultados de la investigación en cuanto a la correlación entre variables predictoras, se puede decir que cada una de estas actúa como agente protector, pero es su presencia la que potencializa la presencia de los otros factores protectores, que en su conjunto promocionan la salud mental del estudiante.

En un segundo lugar, las relaciones entre las variables predictoras y la variable

criterio resultaron ser de carácter negativo, lo cual permitió confirmar que la solución de problemas, el apoyo social, la autoestima y la adaptabilidad y cohesión familiares actúan como factores protectores frente a la ideación suicida, pues a medida que la presencia de los agente preventivos aumenta, la ideación suicida tiende a disminuir en los estudiantes.

De esta forma los resultados muestran que la variable que mayor valor protector presentó frente a la ideación suicida es la solución de problemas; la cual es una habilidad que le permite al individuo identificar medios efectivos para solucionar conflictos cotidianos, a través de opciones consecuentes que le generan sentimientos de alivio y disminución de la ansiedad y la desesperación. Esta habilidad actuará como un mecanismo de afrontamiento de estresores vitales que no da cabida a la ideación suicida como forma de solución y, por lo tanto, posibilitará la adopción de comportamientos funcionales y adaptativos (D Zurilla y Golfriend, citados por Méndez, Olivares, y Abasolo, 1999; Alvarez, 2005).

Se encontró además que el hecho de contar con redes sociales adecuadas provenientes de figuras significativas, como amigos y familiares, juega un papel importante en la reducción de pensamientos suicidas; en este sentido el apoyo social ha sido uno de los factores protectores más sobresalientes en diferentes investigaciones frente a la ideación suicida en adolescentes, al mostrarse como una variable capaz de amortiguar los efectos negativos del estrés, facilitando de esta forma la adaptación a situaciones difíciles cuando no hay cambio de las mismas, posibilitando el afrontamiento de conflictos y evitando consecuencias negativas (Wilburn y Smith, 2005).

Los resultados de la investigación evidencian que la autoestima presenta un valor protector significativo frente a la ideación suicida, en este punto debe tenerse en cuenta

que los adolescentes con autoestima alta presentan distorsiones cognitivas mínimas, lo cual les permite evaluar sus expectativas en forma positiva ya sea sobre si mismos, las situaciones presentes y su futuro, sin desencadenar ideas suicidas como forma de afrontar las situaciones estresantes (Beck, y otros, citados por Kowick, 2005).

Igualmente el estudio demuestra que la adaptabilidad y la cohesión familiar pueden actuar protegiendo al estudiante ante la presencia de ideación suicida; en este sentido Maia (citada por Zarate, 2003), propone la cohesión como uno de los elementos capaces de apaciguar las dificultades a las que se enfrenta diariamente el adolescente, la que unida a una buena adaptabilidad permiten minimizar la presencia de ideación suicida. Así el contexto que brinda la familia debe hacerse lo más favorable y coherente que sea posible, entendiendo al sistema familiar como una red de soporte emocional, donde el adolescente entienda sus reglas y pueda convivir con ellas en forma sana y donde encuentre el apoyo necesario para enfrentar eventos que sean evaluados como estresantes (Fishman, 1995).

A partir de lo expuesto se puede indicar que estos factores protectores minimizan la intensidad de la conducta suicida, ya sea porque disminuyen el nivel de afectación emocional o porque previenen la incidencia de indicadores de riesgo (Cohen et al, citados por Hernández y Gómez, 2006).

De acuerdo con lo anterior y mediante el análisis de Regresión Múltiple y la técnica Stepwise se validó un modelo integrador de factores protectores, dentro del cual la variable solución de problemas se asume como la más importante, pues es el factor que mayor valor protector ofrece frente a la ideación suicida, probablemente porque la idea de muerte aparece en la medida en que un estudiante percibe a un evento vital estresante como amenazante y no encuentra la manera de solucionarlo; en este contexto

es entendible que si el adolescente percibe que puede solucionar adecuadamente los eventos que se presenten, la idea de muerte en él estará ausente.

De acuerdo con los resultados, la segunda variable importante dentro de la conformación del modelo es el apoyo social, el cual en un nivel menor, sin dejar de ser significativo, brinda protección ante pensamientos suicidas; esta variable tiene que ver, principalmente, con la percepción de apoyo y disponibilidad por parte de personas cercanas en situaciones estresantes, facilitando de esta forma la adaptación a situaciones difíciles (Wilbuin y Smith, 2005).

Sin embargo, es la inclusión de las variables autoestima y adaptabilidad familiar lo que permite validar un modelo de factores protectores frente a la ideación suicida, es decir, la percepción de saber solucionar un problema de forma propia o con la ayuda de otros (pares, familia, otros) unido a un adecuado concepto de sí mismo le permite al estudiante seguir con su vida a pesar de las adversidades de la vida.

Es necesario aclarar que si bien se plantearon para el estudio cinco variables predictoras, la técnica empleada para la validación del modelo, denominada Stepwise, al evaluar los valores correlacionales entre la variable criterio y las variables predictoras, descarta la variable cohesión familiar, justamente porque el valor de su coeficiente de correlación es menor en comparación con las demás, sin lograr una contribución significativa al mismo.

La exclusión de esta variable del modelo obedece a lo expuesto por diversos autores, quienes consideran que la ideación suicida en un adolescente surge justamente cuando este no encuentra una solución adecuada a un evento, aspecto que dentro del sistema familiar estaría más relacionado con la adaptabilidad; en este sentido Steinberg y Silk (citados por Arranz, 2004), afirman que un ambiente familiar rígido caracterizado

por la ausencia de adaptabilidad en respuesta a situaciones problema, es improbable que facilite el desarrollo de habilidades flexibles y efectivas de solución de problemas.

Por su lado Olson (citado por Zarate, 2003) afirma que cuando los adolescentes perciben baja cohesión familiar y altos conflictos familiares, se sienten desvalorizados y deprimidos, lo que a su vez lleva a tener ideación suicida como forma de afrontar. Siguiendo estos planteamientos, parece ser que la baja cohesión genera en un primer momento síntomas depresivos y otras conductas desadaptativas, pudiendo dar lugar a la ideación suicida; lo cual indica que la baja percepción de este factor no es un desencadenante directo de pensamientos suicidas.

Ahora si bien hay un reconocimiento de los factores y su valor protector frente a la ideación suicida en la muestra investigada, es la perspectiva ecológica planteada por Bronfenbrenner y Belsky (citados por Ayyas-Abdo, 2002), la que fundamenta la forma de evaluar y evidenciar la dinámica de los mismos cuando actúan para prevenir la ideación suicida.

Esta dinámica, según los autores consiste en que la interacción de factores personales e interpersonales situados a diversos niveles le permitirá al individuo adoptar determinado comportamiento en situaciones particulares.

Con base en lo anterior se valida el modelo integrador de factores protectores frente a la ideación suicida, el cual enfatiza en la acción conjunta de factores protectores. Así, si un estudiante cuenta con tales agentes de protección, ubicados a nivel personal y en el microsistema, le será posible adoptar comportamientos funcionales al enfrentar diferentes situaciones vitales sin dar lugar a pensamientos o ideas suicidas.

Al hablar entonces de la interconexión propuesta por Bronfenbrenner y Belsky, entre los diferentes niveles, que en este caso se refieren al nivel personal con el factor

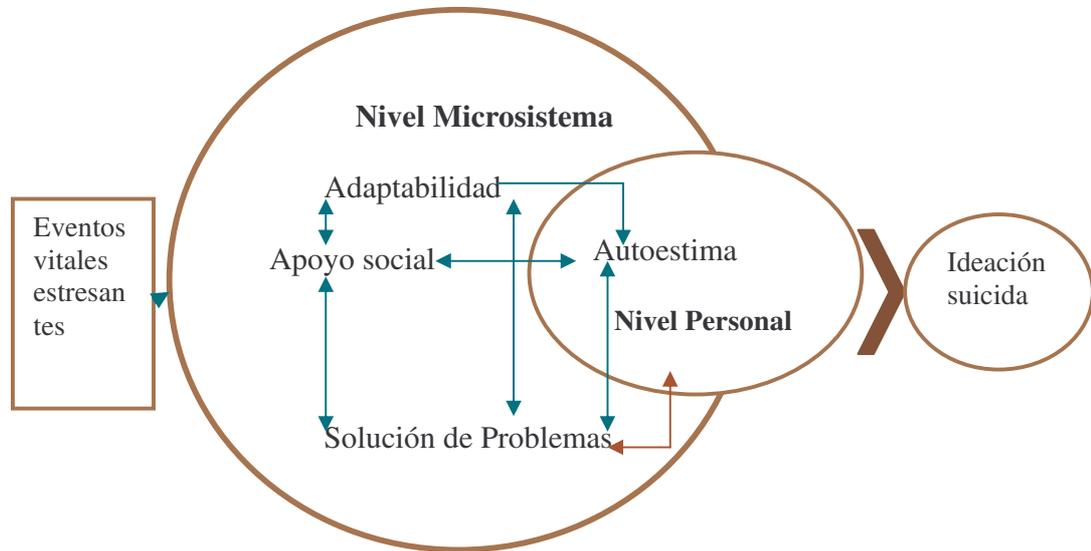
protector autoestima y el de microsistema con acción protectora del apoyo social, solución de problemas y la adaptabilidad familiar, los resultados obtenidos en este estudio permiten afirmar que esta condición de interconexión es confirmada mediante el análisis de la interrelación entre los factores protectores, donde el efecto de una variable es contingente con el de la otra variable, estableciéndose una asociación entre las mismas.

En este sentido Heise (citado por Ayyas-Abdo, 2002) afirma que la presencia de estos factores, aunque dispuestos a diferente nivel, es la que determina las respuestas de un individuo frente a cualquier nivel, adoptando comportamientos funcionales ante diferentes eventos vitales que se puedan presentar.

De este modo se puede plantear que los estudiantes que se perciben positivamente a sí mismos, aprenden y aplican habilidades para solucionar problemas, mediante la interacción con personas significativas en un contexto particular, demostrando la interconexión entre el nivel personal y el nivel de microsistema como un todo que acciona en conjunto, presentará mínimos niveles de ideas suicidas.

A partir de la investigación realizada se validó un modelo integrador de factores protectores frente a la ideación suicida, el cual propone que ante un evento vital estresante es la interacción entre los niveles personal y de microsistema, con la acción conjunta de los factores protectores autoestima y solución de problemas, apoyo social y adaptabilidad familiar respectivamente la que va a posibilitar la disminución de pensamientos suicidas como forma de afrontamiento ante estos eventos y al contrario promueve la adopción de comportamientos funcionales que favorecen el bienestar psicosocial del estudiante (Ver figura 3).

Figura 4: Modelo integrador de factores protectores frente a la ideación suicida.



En el inicio de la investigación se planteó que las variables adaptabilidad y cohesión familiar presentaban una relación curvilínea frente a la ideación suicida obedeciendo a los planteamiento de Olson, Russell y Sprenkle (citados por Osornio, 2000) en el modelo circunplejo, esto implica que ambos extremos de las dimensiones son disfuncionales, siendo los niveles moderados los relacionados con un buen funcionamiento familiar y por ende con mejores niveles de salud mental.

Sin embargo, los resultados de la investigación demostraron que tales dimensiones actúan como factores protectores frente a la ideación suicida al ubicarse en los niveles superiores, es decir que la relación no es curvilínea como se plantea en el modelo propuesto por Olson, sino una recta lineal negativa; es decir, una alta adaptabilidad y cohesión en su familia, protegen al estudiante frente a la presencia de pensamientos suicidas.

Estos hallazgos se relacionan con el medio cultural al cual pertenece la muestra

que participó en el estudio, en este sentido, López (2007) en un estudio realizado con familias pertenecientes a diferentes culturas encontró que tanto para la cohesión como la adaptabilidad existen diferencias significativas entre lo percibido y lo ideal, lo cual hace pensar en la posibilidad que tales características se consideran una dimensión central de la idiosincrasia en la cual está inmerso de cada sistema familiar.

Estos resultados permiten reflexionar sobre el papel que la cultura, las experiencias personales y familiares juegan en la elaboración de las ideas sobre las relaciones familiares, y en las percepciones que los individuos tienen de su realidad familiar.

Se puede suponer que los adolescentes y jóvenes de la muestra, aun manteniendo unos ideales de funcionamiento como el de sus padres, perciben una menor adaptabilidad, porque para ellos, el sistema familiar, al encontrarse en su estadio evolutivo, es más rígido de lo que esperan, dada su edad.

De igual forma hay que tener en cuenta que en el momento de la adaptación del instrumento para evaluar las variables adaptabilidad y cohesión familiar (FACES), se llevó a cabo una reducción significativa de ítems que pudo afectar este comportamiento curvilíneo teóricamente esperado.

## RECOMENDACIONES Y SUGERENCIAS

Teniendo en cuenta que el trabajo investigativo permitió comprender la importancia de las variables solución de problemas, apoyo social, autoestima y adaptabilidad familiar en la promoción de la salud mental y en la prevención de la ideación suicida, se considera que estos elementos facilitarían el análisis, proposición y puesta en práctica de programas que prevengan problemáticas evidentes en el contexto nariñense como lo es la ideación suicida, y a partir de esta el intento y el suicidio consumado.

A partir de los hallazgos encontrados es posible que en el campo de la prevención a nivel primario y secundario puedan proponerse estrategias que fortalezcan las habilidades para resolver problemas dentro de las instituciones escolares, las relaciones interpersonales y apoyo social y, el concepto de sí mismo; de igual forma programas dirigidos a la participación activa de la familia en cuanto a la capacidad para resolver problemas y su función dentro del bienestar del adolescente-hijo.

Por otra parte y aunque el presente estudio explica el 42% de la variación de la ideación suicida en un estudiantes de bachillerato de la ciudad de San Juan de Pasto, se considera necesario seguir en el estudio de aquellos factores que puedan explicar el 58% faltante, entre los cuales se podrían tener en cuenta las estrategias y/o estilos de afrontamiento, la tolerancia a la frustración, el uso adecuado del tiempo libre, estilos de vida saludables, autocontrol y otros factores psicosociales como la religión, la educación, violencia intrafamiliar, la cultura, entre otros.

Debido a que en los resultados se presenta a las variables adaptabilidad y cohesión familiar en una relación inversa con la ideación suicida, se hace necesario indagar aun más sobre estos dos factores y la teoría propuesta por Olson, con el fin de

corroborar los resultados obtenidos dentro del estudio en otras poblaciones.

La importancia del presente estudio indica que se hace necesaria la realización de investigaciones similares en otros grupos poblacionales como niños, adolescentes no escolarizados y personas adultas, con el fin de que las conclusiones tengan mayor cobertura y así implementar programas que promuevan la salud mental en estas poblaciones.

De igual forma se recomienda complementar la investigación realizada con otra de corte cualitativo con el fin de obtener una visión más amplia de la importancia de cada uno de los factores hallados en el modelo, en la vida de los estudiantes; su valor protector no solo a nivel de la prevención de la ideación suicida, sino también de otras problemáticas que se presentan en el contexto nariñense.

Las intervenciones que retomen los resultados de esta investigación deben tener en cuenta el carácter diferencial de cada uno de los factores propuestos para el estudio de acuerdo a las variables control: género, sector y grado escolar, con el fin de lograr desarrollar programas que se adecuen a un contexto determinado.

Finalmente estamos seguras que los planes de acción que se propongan desde el sector gubernamental, la Secretaría de Educación Municipal y de otros entes, al retomar los resultados de la investigación tendrán un sustento metodológico mediante el cual orienten sus proyectos de trabajo con estrategias que optimicen la salud mental y bienestar social dentro de la población educativa de la ciudad de San Juan de Pasto.

La experiencia en la realización del trabajo de grado, nos permite proponer que este tipo de investigaciones se ven enriquecidas cuando los aportes de los mismos no se quedan aislados, sino que por el contrario el trabajo de un grupo pueden consolidarse como fundamento para el desarrollo de otros estudios en pro de profundizar en

problemáticas regionales, teniendo mayor impacto al tratar de brindar una posible solución a las mismas. En este sentido las líneas de investigación permiten que este proceso se lleve a cabo.

## LISTA DE REFERENCIAS

- Álvarez, F. (2005). *Solucionar Problemas*. (4ª ed). Barcelona: Idea
- Alford, BA y Beck, AT (1997). Therapeutic interpersonal support in cognitive therapy. *Journal of Psychotherapy Integration*, 7(2), 105-107.
- Aja, L. (2007, abril). *El suicidio y los factores indicadores de riesgo*. Artículo presentado en el Congreso Latinoamericano de Educación. Bogotá. Recuperado en octubre 19, 2007. Disponible en: <http://www.usc.edu.co/eventos/2%209%BA%20Congreso/DR.%20LEONARDO%20AJA%20ESLAVA.pdf>
- Ardila, A., Gutiérrez, G., Pérez, A. y Cárdenas, J. (2000). Promoción de la Salud y Prevención de la Enfermedad en Salud Mental. *Avances en Psicología Latinoamericana*. 18 (1), 43-45
- Arranz, E. (2004) *Familia y desarrollo psicológico*. Madrid. Pearson Educación-Prentice Hall.
- Ayyas-Abdo, H, (2002). *Adolescent Suicide: An Ecological Approach*. *Spsychology in the Schools*. 39 (4),459-475.
- Barlow, H y Durand, E. (2004) *Suicide as escape from self*. *Psychological Review*, 97 (1), 90 - 113.
- Berk, L (2004). *Desarrollo del Niño y del Adolescente*. (4ª Ed) Madrid: Pearson Prentice Hall.
- Betancourt, C., Caycedo, L., Villareal, A. y Portillo, C (2005-2006). Suicidios. *Observatorio del delito*. 11-18.
- Bille-Brahe, U., Kerkhof, A., De Leo, D. y Schmidtke, A. (2004). Definitions and

- terminology used in the WHO / EURO multicenter study. En A. Schmidtke, U. Bille – Brahe, D. De Leo y A. Kerkhof (Dirs.). *Suicidal Behavior in Europe: Results from the WHO/EURO multicenter study on suicidal behavior* (pp. 11-14). Göttingen, Alemania: Hogrefe & Huber.
- Bohórquez, M et al., (2004). *Suicidio y niñez: factores relacionados con el suicidio en mujeres menores de 18 años en Bogotá durante el año 2003*. En: Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses. Forensis 2004. Bogotá: Imprenta Nacional.
- Briones, G. (2004). *Metodología de la investigación cuantitativa en las ciencias sociales*. Madrid: Ascund.
- Brown, M.A., Bennett, M.A. y Moncher, F., (2004). *Comportamiento Suicida en los jóvenes*. Recuperado en agosto 5, 2007.  
Disponible en: [www.nccbuscc.org/prolife/programs/rlp//04bennettsp.shtml](http://www.nccbuscc.org/prolife/programs/rlp//04bennettsp.shtml).
- Buendía, J., Riquelme, A. y Ruiz J. A. (2004). *El suicidio en adolescentes*. Murcia: U de Murcia.
- Buendía, J. (1996). *Psicopatología en niños y adolescentes: desarrollos actuales*. Madrid: Pirámide.
- Calvete, E. y Cardeñoso, O. (2006). Creencias, Resolución de Problemas Sociales y Correlatos Psicológicos. *Psicothema*, 13 (1), 95-100.
- Castañeda, A.M. (2003). Características Psicosociales del Adolescente Parasuicida. Lima. Recuperado en agosto 6, 2007. Disponible en: [http://www.psicocentro.com/cgi-bin/articulo\\_s.asp?texto=art31001](http://www.psicocentro.com/cgi-bin/articulo_s.asp?texto=art31001)
- Coon, D. (1999). *Psicología, Exploración y Aplicaciones*. (ed 8ª). Bogota D.C.: Thomsom.

- Delgado, A. e Insuasty, D. (2004). *Caracterización de los intentos de suicidio efectuados en el municipio de Pasto, durante los meses de enero a junio de 2004, según el modelo de vulnerabilidad psicosocial a la conducta suicida* Trabajo de grado no publicado, Universidad de Nariño, San Juan de Pasto.
- Dulanto, E. (2004). *La Familia, Un espacio de encuentro y crecimiento para todos*. México: Textos Mexicanos.
- Durkheim, E. (2000). *El suicidio*. México: Coyoacán.
- Fishman, C.H. (1995). *Tratamiento de adolescentes con problemas: Un Enfoque de Terapia Familiar*. (1ª ed). Buenos Aires: Paidós.
- Fonnegra, I. (1999). *De Cara a la Muerte*. Bogotá D.F.: D'Vinni.
- Gerrig, R., y Philip G., (2005). *Psicología y vida*. México: Pearson Education.
- Gómez C., Rodríguez N., Bohórquez A., Ospina MB y Fernández C. (2007). Col *Psiquiatría: Factores asociados al intento de suicidio en la población colombiana*. XXXI (4): 271-86.
- Goldney, RD; Winefield, AH; Tiggemann, M; Winefield, HR y Smith, S. (1989) Suicidal ideation in a young adult population. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 79(5), 481-489.
- Hair, J; Anderson, R; Tathan, R y Black, W (2004)., *Analisis multivariante*. (5ª ed). Madrid. Pearson Prentice Hall
- Hernández, Q. y Gómez, E. (2006). *Suicidio Adolescente en México Un problema de salud pública prevenible*. Recuperado en agosto 26, 2007.  
Disponble en: <http://suicidioadolescente.info/factores.html>
- Hernández, R., Fernández, C., & Baptista, L. (1996) *Metodología de la investigación*. México: McGraw Hill.

- Hernández, R., Fernández, C., & Baptista, L. (1998) *Metodología de la investigación* (2ª edición). México: McGraw Hill.
- Hospital Universitario Departamental de Nariño E.S.E (2006). Archivo del servicio de Urgencias.
- Instituto Departamental de Salud de Nariño (2006). Recuperado en Junio 20, 2007. Disponible en. <http://www.idsn.gov.co/epidemiologia.php>
- Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses (2006). Medicina legal en cifras 2002. Recuperado en junio 20, 2007. Disponible: [www.psiquiatriabiologica.org.co/libros/documentos/2-EL%20SUICIDIO%20EN%20CIFRAS-OK.pdf](http://www.psiquiatriabiologica.org.co/libros/documentos/2-EL%20SUICIDIO%20EN%20CIFRAS-OK.pdf).
- Kornick, L. C y Gutiérrez, P.M. (2005). Testing a model of suicide ideation in college students. *Suicide and life-threatening behavior*, 35(2), 181-192.
- Lieberman, Z., Solomon, P y Ginzburg, K., (2005). Suicidal ideation among young adults: effects of perceived social support, self-esteem and adjustment. *Journal of Loss and Trauma*. 10 (2), 163-181.
- López, S. (2007). *El FACES II en la evaluación de la cohesión y la adaptabilidad familiar*. *Psicothema*. 1 (14), 159-166.
- Maíz B. y Guereca, A. (2003). *Discapacidad y Autoestima*. (1ª ed). México: Trillas.
- Maris, R.W (2002) en *The Lancet*, 360 (9) 319-329.
- Matud, M.P. (1988) *La investigación del estrés y su impacto en la salud de la mujer en Canarias*. Informe Final. Centro de estudios de Mujer, Universidad de La Laguna, Tenerife, España.
- Méndez, F., Olivares, J., y Abasolo, I. (1999) *Técnicas de Modificación de Conducta*. Madrid: Biblioteca Nueva.

- McAuliffe, C.M., (2002). Suicidal Ideation as an Articulation of Intent: A focus for suicide prevention. *Archives of suicide Research*, 6(4), 325-338
- Montalbán, R. (1998). *La conducta suicida*. Madrid: Arán.
- Morón, A. (1992). *Suicidio y Adolescencia*. Buenos Aires: Paidós.
- Mosito, G., Román, J. y Gutiérrez, M. (1996). *Educación familiar y educación de los hijos*. (4ª ed). Barcelona: Idea
- Mruk, C. (1999). *Autoestima Investigación Teoría y Práctica*. (2ª ed). Bilbao: Desclée de Brower.
- Olson, D.H., Sprenkle, D.H. y Russell, C.S. (1979). Circumplex model of marital and family systems, I: Cohesion and adaptability dimensions, family types, and clinical applications. *Family Process*, 18, 3-28.
- Osornio, L. (2000). *Estructura y dinámica familiar de adolescentes de sexo femenino con intento de suicidio*. Ex- Aula. <(6). Recuperado en Agosto 5,2007.
- Disponible en:
- <http://www.cem.itesm.mx/dacs/publicaciones/proy/n6/exaula/losornio.html>>
- Ospina, X. (1998, s.f). Viaje al Fondo del Suicidio. *El Tiempo*. Santa Fé de Bogotá. Página.1C.
- Parra, R. (2004). *Promoción de la salud y Prevención de la enfermedad*. Coomeva. Colombia: Pinter Colombiana.
- Pérez, V. y Gutiérrez, T. (2005). *Procesos psicológicos básicos. Un análisis funcional*. Madrid: Pearson Educación,-Prentice Hall S.A.
- Pérez, S.A. (2001). *Psicoterapia del comportamiento suicida. Fundamentos* Habana: Psiquiátrico de La Habana. (p 234).

- Pérez, I., Rodríguez, E., Dussan, M. (2007). *Psychiatric and social characterization of suicide attempts treated at a children's clinic, 2003-2005*. Salud Pública. 19 (2)  
Recuperado en Octubre 1, 2007. Disponible en :  
[http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0124-00642007000200007&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-00642007000200007&lng=pt&nrm=iso)
- Pita, S y Pertegas, S, (2002). *Metodología de la investigación: Investigación cuantitativa y cualitativa*. España. Recuperado en Diciembre 8, 2007. Disponible en: [http://www.fisterra.com/mbe/investiga/cuanti\\_cuali/cuanti\\_cuali.asp](http://www.fisterra.com/mbe/investiga/cuanti_cuali/cuanti_cuali.asp)
- Rudd, MD (2000). The Suicidal Mode: A cognitive behavioral model of suicidality. *Suicide & Life-Threatening Behavior*, 30(1) 18-33.
- Sherr. A. (1992). *Agonía, Muerte y Duelo*. (1ª ed). México: Manual Moderno.
- Sue, D. Sue, D y Sue, S (1998). *Comportamiento Anormal*. (4ªed). México: Mc Graw-Hill.
- Sun, RCF., Hui, EKP y Watkuis, S. (2007). Towards a model of suicidal Ideation for Hungkong Chinese Adolescents. *Journal of Adolescents. Suicide & Life-Threatening Behavior*, 30(1) 18-33.
- Tejada, I., (2007). *Percepción de la comunidad de los municipios de Pasto, Ipiales, Tumaco y La Unión acerca del concepto de suicidio y de factores asociados a este y aportes a la construcción de un modelo de intervención para prevenir suicidios en el Departamento de Nariño*. Trabajo de grado no publicado, Universidad de Nariño, San Juan de Pasto.
- Téllez J. y Forero J. (2006). *Suicidio, Neurobiología, Factores de riesgo y Prevención*. Bogota D.F: Nuevo Milenio.
- Torrigo, E., Santín, C., Villas, M., Menéndez, S. y López (2002). El modelo ecológico

de Bronfenbrenner como marco teórico de la Psicooncología. *Canales de Psicología*, 18 (1) 45-59.

Vázquez, A.J., Jiménez, R. & Vásquez, R. (2004). Escala de autoestima de Rosenberg: fiabilidad y validez en población clínica española. *Apuntes de Psicología*, 22 (2), 247-255.

Villalobos-Galvis, F.H. (2007) *Validación y estandarización de pruebas psicológicas en adolescentes escolarizados de la ciudad de San Juan de Pasto*. Documento técnico no publicado. San Juan de Pasto: Universidad de Nariño.

Wilburn, V.R. y Smith, D.E. (2005). Stress, Self-Esteem and suicidal ideation in late adolescents. *Adolescence*, 40 (157), 33-45.

Zarate, I (2003). *Factores Psicosociales Familiares Asociados a la Iniciación Sexual en Escolares de Educación Secundaria de Lima Cercado*. Capitulo (II). Tesis de Maestría en Psicología Clínica y de la Salud, Universidad Mayor de San Marcos, Lima.

Disponible

en:

[http://sisbib.unmsm.edu.pe/BibVirtualData/Tesis/Salud/zarate\\_li/cap2.pdf](http://sisbib.unmsm.edu.pe/BibVirtualData/Tesis/Salud/zarate_li/cap2.pdf)

## ANEXOS

## Anexo A



Universidad de Granada  
 Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento  
 Psicológico  
 Doctorado en Psicología Clínica y de la Salud

## 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 Apoyo Social (AS)

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>	<b>Nunca</b>	<b>Rara Vez</b>	<b>Algunas Veces</b>	<b>Casi Siempre</b>	<b>Siempre</b>
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	Nunca	Rara	Algunas	Casi	Siempre

## Factores protectores e ideación suicida 130

problemas de pareja?		Vez	Veces	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

**Anexo B****Escala de Autoestima (AE)**

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

## Anexo C

## Escala de Adaptabilidad y Cohesión Familiar (FACES II)

A continuación encontrarás algunas frases relacionadas con situaciones que se dan dentro de las familias. Indica, con una X, con qué frecuencia suceden en la tuya:

Esta situación sucede en tu casa....	Nunca	Muy rara vez	Algunas veces	Casi Siempre	Siempre
1. En mi familia nos sentimos unidos	Nunca	Muy rara vez	Algunas veces	Casi Siempre	Siempre
2. Cuando hay que resolver problemas, se aceptan las ideas de los hijos	Nunca	Muy rara vez	Algunas veces	Casi Siempre	Siempre
3. Cuando se ponen normas y obligaciones en mi familia, se tiene en cuenta la opinión de los hijos.	Nunca	Muy rara vez	Algunas veces	Casi Siempre	Siempre
4. En mi familia hacemos cosas juntos.	Nunca	Muy rara vez	Algunas veces	Casi Siempre	Siempre
5. En nuestra familia todos compartimos las responsabilidades	Nunca	Muy rara vez	Algunas veces	Casi Siempre	Siempre
6. En nuestra familia nos reunimos todos juntos en la misma habitación (por ejemplo: sala, cocina, pieza, etc.).	Nunca	Muy rara vez	Algunas veces	Casi Siempre	Siempre
7. Cuando tenemos problemas en nuestra familia buscamos diferentes formas de resolverlos.	Nunca	Muy rara vez	Algunas veces	Casi Siempre	Siempre
8. En mi familia compartimos los mismos gustos, intereses o pasatiempos	Nunca	Muy rara vez	Algunas veces	Casi Siempre	Siempre
9. En mi familia nos aconsejamos los unos a los otros a la hora de tomar decisiones	Nunca	Muy rara vez	Algunas veces	Casi Siempre	Siempre
10. Mi familia come reunida más de una vez al día.	Nunca	Muy rara vez	Algunas veces	Casi Siempre	Siempre
11. En mi familia comentamos los problemas y nos sentimos muy bien con las soluciones que encontramos.	Nunca	Muy rara vez	Algunas veces	Casi Siempre	Siempre

## Anexo D

## Inventario de Solución de Problemas Sociales (SPSI)

Un **problema** es algo importante de tu vida diaria que te preocupa mucho pero que no sabes cómo resolver o cómo hacer para 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 qué 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, <b>no</b> tengo en cuenta todas las alternativas.	Totalmente en Desacuerdo	En Desacuerdo	De Acuerdo	Totalmente de Acuerdo
4. Cuando tomo decisiones, <b>no</b> pienso en las consecuencias que cada alternativa pueda 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 continúo intentando 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 no 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 qué salió mal	Totalmente en Desacuerdo	En Desacuerdo	De Acuerdo	Totalmente de Acuerdo
15. Después de intentar resolver un problema, miro a ver si me siento mejor.	Totalmente en Desacuerdo	En Desacuerdo	De Acuerdo	Totalmente de Acuerdo
16. Si me esfuerzo, creo que puedo resolver	Totalmente en	En Desacuerdo	De Acuerdo	Totalmente de

## Factores protectores e ideación suicida 134

problemas difíciles.	Desacuerdo			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 resolviéndolos.	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 solucionarlo.	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 mi 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 más acerca 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

## Anexo E

## Escala de Ideación Suicida (PANSI)

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	Casi siempre	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 tu vida?	Nunca	Rara Vez	Algunas Veces	Casi siempre	Siempre
6. Tuviste esperanza en el futuro porque las cosas estaban saliendo como tu 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

Anexo F

**UNIVERSIDAD DE NARIÑO**  
**DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA**  
**Grupo de Investigación Psicología y Salud**



**DOCUMENTO DE AUTORIZACIÓN INFORMADA PARA PADRES O  
ACUDIENTES**  
**(Documento Informativo)**

**¿Cuál es el nombre de la investigación?**

Validación de un modelo de factores protectores frente a la ideación suicida en adolescentes escolarizados de la ciudad de San Juan de Pasto.

**¿Quién es el responsable de esta investigación?**

Este proyecto es adelantado por el grupo de investigación Psicología y Salud, del Departamento de Psicología de la Universidad de Nariño, el cual está compuesto por psicólogos profesionales y en formación y que se encargará de crear, adaptar y aplicar los cuestionarios, así como de analizar los resultados. El coordinador general del proyecto es el Psicólogo Fredy Hernán Villalobos Galvis (celular 312 297 4590).

**¿Por qué se hace esta investigación?**

Con los resultados de dicha aplicación se llevará a cabo un análisis de las variables y/o factores que protegen a la persona frente a la ideación suicida.

**¿Qué tengo que hacer?**

Lo único que te pedimos es que respondas a las preguntas que encontrarás en unos cuestionarios, diciendo la verdad y preguntando cuando no entiendas algo.

**¿Por qué me piden que participe?**

Las preguntas se aplicarán a estudiantes de bachillerato que tengan entre 11 y 17 años de edad. Luego escogimos algunos cursos y como tú estás en ese grupo, por eso te pedimos que nos colabores.

**¿Tengo que hacer esto? ¿Puedo elegir no participar en la investigación?**

**¿Puedo cambiar de idea?**

La participación en este estudio NO es obligatoria, es decir, nadie te obligará a participar en ella si no lo quieres. Si decides participar o no en la investigación, es tu decisión y sea la decisión que sea está bien y no cambiará nada. Incluso si dices que “sí” ahora, puedes cambiar de idea más tarde y estará bien todavía.

**¿Qué pasa si mis padres no quieren que yo participe?**

Para que tú puedas participar en la investigación necesitamos que TÚ quieras participar, pero también que tus padres lo aprueben. Si tú o tus padres no autorizan que tú participes, entonces no te aplicaremos ningún cuestionario.

**¿Esto es malo o peligroso para mí?**

No, de ninguna manera. Este proyecto ha sido aprobado porque no hay riesgo para las personas que participen en él. Tal vez puedes llegar a sentirte cansado al leer todas las preguntas, pero nada más. Sin embargo, de pronto alguna de las preguntas de los cuestionarios te hará recordar cosas o personas del pasado que no te gusten. También, es probable que encuentres muchas frases que se ajusten a lo que tú eres y ello te puede preocupar un poco. Si eso es así, debes comentarlo con la persona que te está aplicando el cuestionario quien te podrá aclarar tus dudas o incluso ayudarte.

**¿Para qué sirve esta investigación?**

El principal beneficio es para la salud de TODOS los jóvenes de la ciudad de San Juan de Pasto, pues se podrán llevar a cabo programas psicológicos con el fin de promocionar la salud mental.

**¿Voy a recibir algo por participar en la investigación?**

Si contestas TODOS los formularios podrás inscribirte en la rifa de dos reproductores de MP3.

**¿Qué pasa si tengo alguna pregunta o una duda?**

Cualquier inquietud o pregunta que tengas debes planteársela al investigador responsable o a los psicólogos que apliquen las pruebas, en cualquier momento. También puedes consultarla con tus padres o profesores.

De nuestra parte, te aseguramos que si hay información importante, obtenida durante el estudio, te la contaremos inmediatamente.

**¿Quién se va a enterar de lo que yo responda?**

En primer lugar, los cuestionarios serán anónimos, es decir que no tendrán ningún dato que permita saber quién lo respondió, pues en vez de nombres deberás marcar un número. En segundo lugar, los datos recolectados serán manejados únicamente por el equipo de investigación y NADIE más los conocerá. Por último, vamos a comunicar lo que hayamos aprendido de la investigación a otras personas tales como a otros científicos o al alcalde, pero nunca mencionaremos los nombres de quienes han contestado las pruebas.

**Qué pasa si, al contestar los cuestionarios, mi hijo se da cuenta de que quiere o necesita ayuda psicológica?**

El departamento de Psicología de la Universidad de Nariño cuenta con el Centro de Investigación y Asesoría en Psicología – SINAPSIS, en el cual se ofrece atención psicológica al estudiante o a su familia, de manera gratuita, cuando así se solicite. El teléfono para pedir la cita de atención es \_\_\_\_\_ ext \_\_\_\_\_.

**En esta investigación, ¿cuál es la responsabilidad de la institución educativa en la que está matriculado mi hijo?**

Ninguna, toda vez que esta investigación es adelantada exclusivamente por la

Universidad de Nariño. Por su parte, la Institución Educativa sólo se vincula permitiendo que podamos aplicar los cuestionarios, con la autorización de los padres y de los mismos estudiantes.

**¡Gracias!**

## Anexo G

<b>AUTORIZACIÓN INFORMADA</b>		No _____	
<p>Por medio de la presente autorizo que _____, quien está bajo mi custodia legal, participe en la investigación denominada “<i>Validación de un modelo que relaciona factores protectores ideación suicida en adolescentes escolarizados de la ciudad de San Juan de Pasto</i>”.</p> <p>Declaro que he leído y comprendido el documento informativo, y que se me han aclarado los aspectos relacionados con el objetivo, los participantes, el procedimiento, los posibles riesgos y molestias y los beneficios que implica esta investigación.</p> <p>Declaro que no he sido sometido a ningún tipo de presiones y que mi decisión de participar en esta investigación es completamente voluntaria.</p> <p>Entiendo que conservo los derechos de retirarme del estudio en cualquier momento, de que la información sea manejada de manera confidencial, de hacer preguntas en cualquier momento y de ser informado de datos relevantes de la investigación, en los términos que se expresan en el documento informativo.</p> <p>En constancia se firma en San Juan de Pasto, a los _____ días, del mes de _____, del año _____.</p>			
	Nombre y Cédula	Firma	Teléfono de Contacto
Padre/Madre de Familia o			

Factores protectores e ideación suicida141

Acudiente			
Investigador	Fredy Hernán Villalobos Galvis		312 297 4590
Testigo 1			
Testigo 2			

**Anexo H**

**UNIVERSIDAD DE NARIÑO**  
**DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA**  
**Grupo de Investigación Psicología y Salud**



**DOCUMENTO DE ACEPTACION INFORMADA PARA ESTUDIANTES**  
**(Documento Informativo)**

**¿Cuál es el nombre de la investigación?**

Validación de un modelo de factores protectores frente a la ideación suicida en adolescentes escolarizados de la ciudad de San Juan de Pasto.

**¿Quién es el responsable de esta investigación?**

Este proyecto es adelantado por el grupo de investigación Psicología y Salud, del Departamento de Psicología de la Universidad de Nariño, el cual está compuesto por psicólogos profesionales y en formación y que se encargará de crear, adaptar y aplicar los cuestionarios, así como de analizar los resultados. El coordinador general del proyecto es el Psicólogo Fredy Hernán Villalobos Galvis (celular 312 297 4590).

**¿Por qué se hace esta investigación?**

Con los resultados de dicha aplicación se llevará a cabo un análisis de las variables y/o factores que protegen a la persona frente a la ideación suicida.

**¿Qué tengo que hacer?**

Lo único que te pedimos es que respondas a las preguntas que encontrarás en unos cuestionarios, diciendo la verdad y preguntando cuando no entiendas algo.

**¿Por qué me piden que participe?**

Las preguntas se aplicarán a estudiantes de bachillerato que tengan entre 11 y 17 años de edad. Luego escogimos algunos cursos y como tú estás en ese grupo, por eso te pedimos que nos colabores.

**¿Tengo que hacer esto? ¿Puedo elegir no participar en la investigación?**

**¿Puedo cambiar de idea?**

La participación en este estudio NO es obligatoria, es decir, nadie te obligará a participar en ella si no lo quieres. Si decides participar o no en la investigación, es tu decisión y sea la decisión que sea está bien y no cambiará nada. Incluso si dices que “sí” ahora, puedes cambiar de idea más tarde y estará bien todavía.

**¿Qué pasa si mis padres no quieren que yo participe?**

Para que tú puedas participar en la investigación necesitamos que TÚ quieras participar, pero también que tus padres lo aprueben. Si tú o tus padres no autorizan que tú participes, entonces no te aplicaremos ningún cuestionario.

**¿Esto es malo o peligroso para mí?**

No, de ninguna manera. Este proyecto ha sido aprobado porque no hay riesgo para las personas que participen en él. Tal vez puedes llegar a sentirte cansado al leer todas las preguntas, pero nada más. Sin embargo, de pronto alguna de las preguntas de los cuestionarios te hará recordar cosas o personas del pasado que no te gusten. También, es probable que encuentres muchas frases que se ajusten a lo que tú eres y ello te puede preocupar un poco. Si eso es así, debes comentarlo con la persona que te está aplicando el cuestionario quien te podrá aclarar tus dudas o incluso ayudarte.

**¿Para qué sirve esta investigación?**

El principal beneficio es para la salud de TODOS los jóvenes de la ciudad de San Juan de Pasto, pues se podrán llevar a cabo programas psicológicos con el fin de promocionar la salud mental.

**¿Voy a recibir algo por participar en la investigación?**

Si contestas TODOS los formularios podrás inscribirte en la rifa de dos reproductores de MP3.

**¿Qué pasa si tengo alguna pregunta o una duda?**

Cualquier inquietud o pregunta que tengas debes planteársela al investigador responsable o a los psicólogos que apliquen las pruebas, en cualquier momento. También puedes consultarla con tus padres o profesores.

De nuestra parte, te aseguramos que si hay información importante, obtenida durante el estudio, te la contaremos inmediatamente.

**¿Quién se va a enterar de lo que yo responda?**

En primer lugar, los cuestionarios serán anónimos, es decir que no tendrán ningún dato que permita saber quién lo respondió, pues en vez de nombres deberás marcar un número. En segundo lugar, los datos recolectados serán manejados únicamente por el equipo de investigación y NADIE más los conocerá. Por último, vamos a comunicar lo que hayamos aprendido de la investigación a otras personas tales como a otros científicos o al alcalde, pero nunca mencionaremos los nombres de quienes han contestado las pruebas.

**¿Qué pasa si, al responder los cuestionarios me doy cuenta de que quiero o necesito ayuda psicológica?**

Si llegaras a verte muy asustado o muy triste por lo que respondiste en los cuestionarios, debes contárselo a quien aplica las pruebas, y esa persona te dará una hoja con la que te atenderán en el Centro de Investigación y Asesoría en Psicología – SINAPSIS- de la Universidad de Nariño (teléfono \_\_\_\_\_, ext \_\_\_\_). También puedes contárselo a tus padres y ellos te llevarán a que te atiendan allí.

Si tu decisión es NO PARTICIPAR en la investigación, por favor NO FIRMES la hoja, simplemente devuélvela a quien te la entregó.

Si tu decisión es la de SI PARTICIPAR, por favor lee lo que hay en el siguiente cuadro.

**¡Gracias por todo!**

## Anexo I

<b>ACEPTACION INFORMADA</b>		No _____	
<p>Yo, _____, entiendo que me piden que participe, si yo quiero, en la investigación denominada “<i>Validación de un modelo de factores protectores frente a la ideación suicida en adolescentes escolarizados de la ciudad de San Juan de Pasto</i>”.</p> <p>Declaro que he leído esta información y la he comprendido. Me han respondido las preguntas y sé que puedo hacer preguntas después, si las tengo.</p> <p>Sé que puedo elegir participar en la investigación o no hacerlo, sé que puedo retirarme cuando quiera, sé que mis repuestas sólo las conocerá el equipo de investigadores de la Universidad de Nariño, sé que los cuestionarios se marcarán con un número y que si hay una información importante los investigadores me la darán a conocer.</p> <p>Sé que sólo se me aplicarán los cuestionarios si mis padres o las personas que responden por mí, también lo autorizan.</p> <p>Por lo anterior declaro que <b>SI QUIERO PARTICIPAR</b> en la investigación.</p> <p>En constancia se firma en San Juan de Pasto, a los _____ días, del mes de _____, del año _____.</p>			
	Nombre	Firma	Teléfono de Contacto
Estudiante			
Investigador	Fredy Hernán Villalobos Galvis		312 297 4590

Factores protectores e ideación suicida146

Testigo 1			
Testigo 2			