

**CARACTERIZACIÓN PSICOMÉTRICA DEL CUESTIONARIO DE  
IDEACIÓN SUICIDA SIQ-HS (SUICIDE IDEATION QUESTIONNAIRE,  
REYNOLDS Y MAZZA, 1987), ADAPTADO AL ESPAÑOL, EN UNA  
MUESTRA DE JOVENES ESCOLARIZADOS EN LA CIUDAD DE SAN  
JUAN DE PASTO.**

**FATIMA TATIANA SEVILLANO AGUIÑO**

**UNIVERSIDAD DE NARIÑO  
FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS  
PROGRAMA DE PSICOLOGIA**

**2008**

**CARACTERIZACIÓN PSICOMÉTRICA DEL CUESTIONARIO DE  
IDEACIÓN SUICIDA SIQ-HS (SUICIDE IDEATION QUESTIONNAIRE,  
REYNOLDS Y MAZZA, 1987), ADAPTADO AL ESPAÑOL, EN UNA  
MUESTRA DE JOVENES ESCOLARIZADOS EN LA CIUDAD DE SAN  
JUAN DE PASTO.**

**FATIMA TATIANA SEVILLANO AGUIÑO**

**TRABAJO DE GRADO PARA OPTAR POR EL TITULO DE  
PSICOLOGA**

**ASESOR**

**PS. FREDY HERNAN VILLALOBOS GALVIS**

**UNIVERSIDAD DE NARIÑO  
FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS  
PROGRAMA DE PSICOLOGIA**

**2008**

“las ideas y conclusiones aportadas en la tesis de grado, son responsabilidad exclusiva de la autora”.

Artículo 1º del acuerdo N° 32 de octubre 11 de 1996, emanado del Honorable Consejo Directivo de la Universidad de Nariño.

NOTA DE ACEPTACION

---

---

---

---

---

---

---

---

ASESOR

---

JURADO A

---

JURADO B

San Juan de Pasto, mayo de 2008

## **AGRADECIMIENTOS**

Al Psicólogo Fredy Villalobos asesor de la presente investigación por su paciencia, dedicación, escucha y generosidad, al brindarme no solo sus conocimientos académicos, sino su amistad incondicional.

A los Psicólogos Leonidas Ortiz y Edwin Luna jurados de la presente investigación por sus pertinentes aportes y por facilitar este proceso el cual permitió llevar a feliz término esta investigación.

A mis amigas y compañeras por el tiempo compartido en esta Alma Mater.

A las instituciones educativas San Juan Bosco, Liceo UDENAR, Champagnat, Liceo central de Nariño, INEM, San Felipe Neri y las universidades IU CESMAG y Universidad de Nariño que permitieron desarrollar este trabajo de investigación junto con los estudiantes que participaron de ella.

GRACIAS...

*A Dios por permitirme vivir y por darme la fortaleza para  
seguir adelante  
Y a todos los que de alguna u otra forma contribuyeron en este  
gran sueño.  
GRACIAS*

**TABLA DE CONTENIDO**

	Pág.
RESUMEN	13
ABSTRACT	15
INTRODUCCION	17
TEMA	20
PROBLEMA	21
Planteamiento del problema	21
Formulación del problema	23
Sistematización del problema	23
Justificación	24
Objetivos	25
Objetivo general	25
Objetivos específicos	25
MARCO TEORICO	27
Suicidio	27
Concepto de suicidio	27
Conducta suicida en la niñez y la adolescencia	29
Clasificación de las conductas suicidas	34
Factores de riesgo para el suicidio	38
Factores sociodemográficos	38
Factores familiares	41
Factores psicopatológicos	43
Ideación Suicida	46
Conceptos básicos	46

Factores de riesgo para la Ideación Suicida	47
Instrumentos para la evaluación de la Ideación Suicida	50
Medición y evaluación	51
Confiabilidad	51
Validez	53
Análisis factorial	53
MARCO CONCEPTUAL	56
METODOLOGIA	58
Tipo de investigación	58
Diseño de la investigación	58
Participantes	58
Técnicas de recolección de la información	62
Entrevistas	62
Cuestionario SIQ - HS	62
Escala de Depresión (CES-D)	63
Escala de desesperanza Hopelessness (BHS)	63
Inventario de Ideación Suicida Positiva y Negativa (PANSI)	64
Escala de Autoestima de Rosenberg (AE)	65
Escala de Apoyo Social (AS)	65
Inventario de Razones para Vivir (RFL)	66
Escala de Resiliencia ante el Suicidio (IRS-25)	66
Prueba Piloto	67
Técnicas y medios de análisis de la información	67
Procedimiento	68

RESULTADOS	73
Equivalencia Cultural	73
Fase uno: Informe Traducción	73
Fase dos: Informe Evaluación de Jueces	76
Identificación de Ideas Suicidas Adicionales	79
Fase tres: Informe de Entrevistas	79
Fase cuatro: Informe Redacción de Ítems	81
Evaluación de la Comprensión de la Escala Adaptada	82
Fase cinco: Informe del Pilotaje	82
Aplicación y Análisis de la Versión Definitiva	85
Fase seis: Propiedades Psicométricas	85
Validez Factorial	85
Validación de los Hallazgos Factoriales	87
Confiabilidad	89
Validez Concurrente	91
Diferencia en los Puntajes Directos de acuerdo con las Variables Clasificación	92
Distribución de Puntajes Directos de acuerdo con Género	93
DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	96
RECOMENDACIONES	104
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	106
ANEXOS	

**LISTA DE ANEXOS**

	Pág.
Anexo 1. Entrevista cualitativa aplicada a sujetos con intento de suicidio	119
Anexo 2. Batería de pruebas	121
Anexo 3. Versión prueba piloto	129
Anexo 4. Carta a traductores	132
Anexo 5. Carta a jueces	134
Anexo 6. Versión de prueba definitiva	135
Anexo 7. Consentimiento informado para padres de familia	137
Anexo 8. Asentimiento informado para menores de edad	140
Anexo 9. Consentimiento del padre/madre de familia de entrevista Cualitativa	143

**LISTA DE TABLAS**

	Pág.
Tabla 1. Información edad de los participantes	55
Tabla 2. Información instituciones educativas y nivel	56
Tabla 3. Datos curso y semestre	57
Tabla 4. Informe traducción	69
Tabla 5. Informe versión unificada en español	72
Tabla 6. Resultados aplicación del pilotaje realizado en instituciones	79
Tabla 7. Comprobación de la aplicabilidad del análisis factorial	81
Tabla 8. Datos sobre comunalidades	81
Tabla 9. Datos KMO por grupos poblacionales	83
Tabla 10. Datos de varianza y valor propio	84
Tabla 11. Datos estadística de ítems, correlación-Alpha de Cronbach	85
Tabla 12. Correlación del SIQ-HS23 con variables de validación	87
Tabla 13. Estadísticas descriptivas de los puntajes directos de acuerdo con género	89
Tabla 14. Distribución por percentiles	90

## LISTA DE FIGURAS

	Pág.
Figura 1. Descripción de la muestra por número de casos y género	59
Figura 2. Distribución según facultad	62
Figura 3. Gráfico de caída	87

## RESUMEN

La presente investigación tuvo como objetivo la caracterización psicométrica del cuestionario de Ideación Suicida SIQ-HS en una muestra de jóvenes escolarizados de la ciudad de San Juan de pasto. El estudio fue de tipo instrumental debido a que se aplican técnicas propias de la psicometría. Se contó con la participación de 333 estudiantes de los cuales 151 correspondían al género masculino y 182 al femenino de 8 instituciones educativas de la ciudad, 6 colegios y 2 universidades. Se hizo uso de pruebas de Depresión, Autoestima, Desesperanza, Apoyo social, Razones para Vivir, Resiliencia ante el suicidio e Ideas Suicidas Positivas y Negativas. Se realizó un proceso de traducción y retrotraducción, entrevistas a pacientes sobrevivientes de intentos de suicidio, pilotaje y análisis de resultados con lo cual se trabajó con una versión de 23 ítems. En un análisis factorial por componentes principales, se encontró una estructura unifactorial, es decir, que todos los ítems convergen hacia un solo constructo: la ideación Suicida. Este factor explica el 58,2% de la varianza total. Como una forma de validar este hallazgo, se realizaron sendos análisis factoriales con hombres, mujeres, bachilleres y universitarios, encontrando que se mantenía la estructura unifactorial. En los análisis de fiabilidad se encontró un coeficiente alfa de Cronbach de 0,966. De igual forma se comprobó validez concurrente al hallarse relaciones significativas con variables que desde la teoría se asocian a la Ideación Suicida (Depresión, Desesperanza, Autoestima, Apoyo Social, Razones para Vivir, Resiliencia ante el Suicidio e Ideas Suicidas Positivas y Negativas). Adicionalmente, se encontró que la variable género fue la única que produjo diferencias

significativas en los puntajes directos de la prueba, razón por la cual se hizo una descripción de puntajes directos para hombres y para mujeres, hallando que éstas tienden a presentar mayores valores en la escala. Se concluye que la versión de 23 ítems de la prueba SIQ-HS es un instrumento con adecuados niveles de confiabilidad, validez y equivalencia cultural, que hacen recomendable su uso en población escolarizada de la ciudad de San Juan de Pasto.

## ABSTRACT

The present investigation was aimed at the characterization of the psychometric questionnaire SIQ-HS Suicidal Ideation in a sample of young people attending school in San Juan de Pasto city. The study was instrumental because psychometrical techniques were applied. It was attended by 333 students of which 151 were male and 182 female of 8 educational institutions in the city, 6 colleges and 2 universities. Tests such as evidence of depression, self-esteem, hopelessness, social support, reasons to live, resilience, suicide and suicidal thoughts positive and negative were used. It was a process of translation and back, interviews to survivors of suicide attempts, piloting and analysis results thus we worked with a version last of 23 items. In a major component factor analysis, we found a univariate structure; it means that all items are converging towards a single construct: Suicidal Ideation. This factor explains the 58.2% of the total variance. In order to validate this finding, factorial analysis were conducted with both men and women, college graduates, finding that the structure univariate is maintain. Among the reliability analysis, we found to be concurrent validity meaningful relationships with variables from the theory are associated with Suicidal Ideation (depression, hopelessness, self-esteem, social support, reasons for living, resilience, suicide and suicidal thoughts positive and negative). Additionally, it was found that gender was the only variable that produces significant differences in the scores of direct proof, which is why it was a description of direct scores for men and women, finding that they tend to have higher values in the scale. It is concluded that the version of 23 items of evidences - SIQ-HS is a tool with adequate levels of reliability, validity and

cultural equivalence; it is recommended its use in school population San Juan de Pasto.

**CARACTERIZACIÓN PSICOMÉTRICA DEL CUESTIONARIO DE  
IDEACIÓN SUICIDA SIQ-HS (SUICIDE IDEATION QUESTIONNAIRE,  
REYNOLDS Y MAZZA, 1987), ADAPTADO AL ESPAÑOL, EN UNA  
MUESTRA DE JOVENES ESCOLARIZADOS EN LA CIUDAD DE SAN  
JUAN DE PASTO.**

**INTRODUCCION**

El presente trabajo investigativo buscó identificar las características psicométricas del cuestionario de ideación suicida adaptado al español en una muestra de jóvenes escolarizados de la ciudad, la metodología de trabajo se abordó por medio de un estudio de tipo instrumental, debido a la aplicación de principios y técnicas de la psicometría a la evaluación del instrumento que fue adaptado a la cultura del municipio de San Juan de Pasto; dicho proceso se llevó a cabo por medio de las siguientes fases: la traducción de la prueba al español, la consolidación de la versión preliminar, la cual implicó definir una versión unificada de las diversas traducciones; la evaluación de jueces, en la cual se buscó determinar si el reactivo mantenía el sentido original planteado en la prueba en versión inglesa y si era comprensible; y la consolidación de la versión traducida unificando las diversas evaluaciones y comentarios realizados por los jueces. Posteriormente, se pasó a realizar entrevistas con el fin de identificar pensamientos suicidas propios de las personas de la región para lo cual fue necesario aplicar 14 entrevistas semiestructuradas a sujetos con intentos de suicidio, permitiendo así dar paso a la redacción de 6 nuevos ítems los cuales fueron adicionados a la prueba; llegando así a la consolidación de la versión de la prueba piloto, con la cual se buscó evaluar el grado de

comprensión de las instrucciones, los ítems y las opciones de respuesta de la prueba, encontrándose que 10 ítems correspondientes a la prueba original deberían ser revisados o eliminados de la prueba y 5 correspondientes a los creados a partir de la entrevista deberían ser eliminados. Finalmente, con el fin de tener una consolidación de la versión de prueba final, se llevó a cabo su aplicación en diversas instituciones educativas de la ciudad (6 colegios y 2 universidades), previo consentimiento informado, para así culminar el proceso con el análisis estadístico y psicométrico de datos los cuales permitieron conocer que en la prueba SIQ-HS dos de sus ítems presentaron bajas comunalidades por lo cual se procedió a eliminarlos de los análisis posteriores con lo cual se dejó una versión reducida de 23 ítems; los datos arrojados por el análisis factorial permitieron conocer que la prueba SIQ-HS23 mostró una estructura unifactorial (todos los ítems convergen hacia un solo factor) como se comprobó con los grupos poblacionales de hombres, mujeres, bachilleres y universitarios, los cuales presentaron la misma estructura unifactorial; en términos de confiabilidad nos indicó una alta correlación de los ítems con el total de la escala y validez de constructo la cual nos permitió reiterar lo planteado desde la teoría acerca de la Ideación Suicida y variables que se le asocian (Depresión, Desesperanza, Autoestima, Apoyo Social, Razones para Vivir, Resiliencia ante el Suicidio e Ideas Suicidas Positivas y Negativas). Por último se realizó un análisis que permitiera conocer las diferencias en cuanto a puntajes directos de acuerdo a las variables de clasificación género, edad, nivel, sector, semestre y curso, donde la única variable que mostró una diferencia significativa fue la variable género con lo que se plantea que las mujeres presentan mayores niveles de

Ideación Suicida, razón por la cual se procedió a realizar la distribución de puntajes directos por medio de percentiles los cuales nos permiten observar las calificaciones que se obtiene al puntuar en la prueba SIQ-HS23.

## **TEMA**

Caracterización psicométrica del cuestionario de Ideación Suicida SIQ-HS (Suicide Ideation Questionnaire, Reynolds y Mazza, 1987), adaptado al español, en una muestra de jóvenes escolarizados en la ciudad de San Juan de Pasto.

## **PROBLEMA**

### **Planteamiento del problema**

En los últimos años el número de suicidios realizado por adolescentes, independientemente de la geografía, cultura, etnia o posición socioeconómica ha llamado la atención de diversas autoridades a nivel mundial, llegando a ocupar un lugar entre las 10 primeras causas de muerte, según la Organización Mundial de la Salud (Barrera, 1996).

En Colombia los suicidios se consideran un problema de salud pública, ya que se sitúa entre las principales causas de muerte (Molina y Navarro 2003). La ciudad de San Juan de Pasto, no es ajena a este fenómeno, en los años 2006 y 2007 se han presentado 72 suicidios en la ciudad (Observatorio del Delito 2007). De igual forma, la ideación suicida, en sus diferentes expresiones, que van desde las amenazas, gestos y hasta los intentos de suicidio abarcan un amplio campo de investigación sobre eventos de vida, mala salud, y variables cognitivas tales como confusión en el pensamiento, así como experiencias de vida, depresión, desesperanza, razones para vivir, etc. (Reich, Newsom y Zautra, 1996).

La ideación suicida es la forma más común de la conducta suicida, la cual se identifica cuando un individuo piensa, planea o desea constantemente cometer suicidio; así para O'Carroll, Berman, Maris, Moscicki, Tanney y Silverman (1996) es cualquier pensamiento auto reportado de intentar una conducta relacionada con suicidio.

Goldney (citado por Villalobos, 2005) plantea que la ideación suicida incluye desde pensamientos fugaces sobre la vida y el no merecer la pena

vivir, pasando por fantasías auto-destructivas y llegando a crear planes muy explícitos para matarse.

En la ciudad de San Juan de Pasto no hay registro de la existencia de un instrumento psicométrico que permita valorar la ideación suicida, excepto la escala de riesgo suicida ERISA (Legarda. G, y Paz. A, 2001) la cual se encuentra encaminada a evaluar factores de riesgo en adolescentes, uno de ellos de tipo cognitivo.

El cuestionario de ideación suicida SIQ–HS (Suicide ideation Questoinnaire, Reynolds y Mazza, 1987) es un instrumento que permite evaluar pensamientos suicidas negativos en jóvenes, con el fin de apoyar acciones de diagnóstico y pronóstico en los escenarios dentro de los cuales los adolescentes se ven inmersos gran parte de su tiempo, y dentro de los cuales se pueden crear y desarrollar diversas estrategias encaminadas a la promoción y prevención.

Por otra parte la traducción y adaptación de tests a diferentes culturas permite evaluar al individuo a partir de sus propias características socioeconómicas y culturales, admitiendo que los resultados, interpretaciones y significados sean válidos debido al trabajo de adaptar, traducir e interpretar una prueba (Muñiz, 2000).

La caracterización psicométrica del Cuestionario de Ideación Suicida adaptado al español SIQ H-S, (Suicide Ideation Questoinnaire, Reynolds y Mazza, 1987) permitirá al psicólogo de la región tener una herramienta actualizada, normalizada y estandarizada, que le permita evaluar, pronosticar y diagnosticar la conducta de personas, contando con la

seguridad de que el cuestionario posee los niveles de validez y confiabilidad necesarios para su aplicación.

### **Formulación del Problema**

¿Cuales son las características psicométricas del cuestionario de Ideación Suicida SIQ-HS (Suicide Ideation Questionnaire, Reynolds y Mazza 1987), adaptado al español, a partir de los resultados obtenidos en la aplicación a una muestra de jóvenes escolarizados en la ciudad de San Juan de Pasto?

### **Sistematización del Problema**

¿Cuál es la equivalencia cultural que se presenta entre la escala original y la adaptada?

¿Cuál es el nivel de comprensión de las instrucciones, los ítems y la forma de respuesta de la escala SIQ adaptada?

¿Cuáles ideas suicidas se pueden agregar a la escala SIQ adaptada?

¿Cuáles son las evidencias de validez de constructo (factorial, convergente) de la escala reducida?

¿Cuáles son los índices de confiabilidad de la escala reducida?

¿Cuáles son las tendencias de distribución de los puntajes directos de acuerdo con las variables de clasificación que sean pertinentes?

## **Justificación**

Como problema de salud pública el suicidio ha adquirido especial relevancia en las últimas décadas. Las conductas suicidas en niños y adolescentes se definen como la preocupación, intento o acto que intencionalmente busca causarse daño a sí mismo o la muerte. Ante el incremento de este hecho se hace necesario el desarrollo de programas de prevención, requiriendo la clara identificación de los factores de riesgo de la conducta suicida para niños y adolescentes dentro de los cuales según un gran número de autores están, género, edad, disfunción familiar, depresión, problemas conductuales y ansiedad (Sociedad Chilena de Pediatría 2000).

Parafraseando a Delgado, Insuasty y Villalobos, (2004), las implicaciones que representa la conducta suicida para la sociedad han hecho que se vean con preocupación las estadísticas epidemiológicas y se realicen así diversas investigaciones que intentan establecer aquellos factores que se asocian con la presencia de las conductas suicidas, como una manera de buscar estrategias que permitan prevenir la ideación, el intento y acto suicida en las personas.

El cuestionario de ideación suicida SIQ H-S, adaptado al Español, permitirá evaluar pensamientos negativos en jóvenes escolarizados de la ciudad de San Juan de Pasto, con el fin de apoyar acciones de diagnóstico y pronóstico en los diferentes espacios en los cuales interactúan los jóvenes, y dentro de los cuales se pueden crear y desarrollar diversas estrategias encaminadas a la promoción y prevención en salud.

El adaptar un test a un segundo idioma permite a investigadores y profesionales de países en los cuales no existe la experiencia de construir

pruebas, trabajar con un alto nivel de seguridad por el grado de validez y confiabilidad de la misma en el momento de su construcción; además de incrementar el interés en estudios interculturales.

Por otra parte las pruebas psicométricas permiten medir de manera confiable alguna característica particular; para Thordike (citado por Pérez y Pulido 2004), las pruebas de evaluación psicológica son instrumentos que proporcionan beneficios como la medición de diferencias entre individuos, valoración de habilidades y la medición de intereses, con el fin de responder a necesidades educativas, clínicas, de selección y clasificación de personal, entre otras.

## **Objetivos**

### **Objetivo General**

Determinar las características psicométricas de una versión reducida del cuestionario de Ideación Suicida SIQ-HS (Suicide Ideation Questionnaire, Reynolds y Mazza 1987), con una muestra de jóvenes escolarizados en la ciudad de San Juan de Pasto.

### ***Objetivos Específicos***

Establecer la equivalencia cultural que se presenta entre la escala original y la adaptada.

Identificar ideas suicidas adicionales a las contenidas en la prueba SIQ para formular nuevos ítems.

Determinar el nivel de comprensión acerca de las instrucciones, los ítems y la forma de respuesta de la prueba SIQ adaptada.

Hallar evidencias de validez de constructo (factorial y convergente) de la escala reducida.

Calcular índices de confiabilidad de la escala reducida.

Determinar las tendencias de distribución de los puntajes directos de acuerdo con las variables de clasificación que sean pertinentes.

## **MARCO TEORICO**

### **Suicidio**

#### ***Concepto del suicidio***

La real academia de la lengua, a partir de 1817, dentro de su contenido define el suicidio como “dícese del acto o de la conducta que daña o destruye al propio agente” (Clemente y González, 1996, p. 19).

El suicidio es una conducta que se ha analizado desde diferentes perspectivas, de acuerdo con el momento histórico y con las características de las sociedades en las tiene lugar; actualmente es visto como un fenómeno complejo en el que influyen diversos factores (Sánchez, Guzmán y Cáceres, 2005).

Diferentes autores plantean su propuesta acerca del suicidio, dentro de los cuales está Esquirol quien concibe al suicidio como un trastorno mental y como una crisis de afección moral que es provocada por las múltiples afecciones e incidencias de la vida (Sarró, 1984).

Por otra parte, Durkheim (1987) plantea al suicidio como un efecto de la estructura social, la cual se fundamenta en la reglamentación y la coherencia social; el mismo autor considera que el suicidio, como fenómeno social, es desencadenado por tres factores:

1. La naturaleza de los individuos que componen la sociedad
2. La manera como están asociados, la naturaleza de la organización social
3. Los acontecimientos pasajeros que perturban el funcionamiento de la vida colectiva sin alterar su constitución anatómica, tales como las crisis nacionales, económicas etc. (Durkheim, 1987).

Clemente y González (1996) proponen dos criterios para explicar el suicidio:

En primer lugar: “Es la sociedad, mediante la integración del individuo, quien crea la necesidad de vivir” (p 25), siendo el marco de referencia de sus necesidades y satisfacciones. La sociedad tiene tres funciones psicosociales: coherencia de los modelos, unidad psíquica de la persona e integración social. En segundo lugar se plantea que el suicidio se produce como efecto de la mala integración social del sujeto, por que es la sociedad la que ha de motivarlo a vivir y reforzarlo en su desarrollo.

A partir de estos criterios, Clemente y González (1996) plantean que el “suicidio es el efecto del conflicto entre el individuo, su existencia y la realidad social, que le provoca una desmotivación para vivir, percibiéndose como irreconciliable con esa realidad, siendo esta misma más fuerte que él; ante la falta de refuerzo existencial su vínculo se va deteriorando, lo que provoca exclusiones parciales, despojo de ciertos roles, confrontaciones con la realidad estipulada que actúan como reflejo de su actitud, hasta que en un momento el sujeto decide excluirse totalmente dándose muerte, tras haber superado sus recursos y capacidades de intervención y afrontamiento” (p 25).

Además Erwin Stengel (citado por Bille, Kerkhof, De Leo y Schmidthe, 2004) define el suicidio como un acto consciente y deliberado llevado a cabo por una persona que pretendía hacerse daño así misma y tal autoagresión fue fatal.

También Retterst (citado por los mismos autores) plantea el suicidio como un acto autoinflingido de riesgo vital, resultando en la muerte.

Shneidman (1994) concluye que el suicidio es un acto consciente de aniquilación autoinducida, o también como un malestar multidimensional en un individuo necesitado, quien define un problema para el cual el suicidio es la única solución.

A partir de las diferentes definiciones de estos autores se plantea que la intención del sujeto al pensar en la idea de suicidio es la autodestrucción o en tal caso la muerte.

### ***Conducta suicida en la niñez y la adolescencia***

Las conductas suicidas generan un impacto importante por la edad en la que se producen, por la percepción que tiene la población, por los problemas que genera en la sociedad actual, por la manera en que los medios de comunicación manejan el tema, y por llegar a ocupar el segundo y tercer lugar como causa de muerte en algunos países (Almonte, 2006).

En niños y adolescentes las conductas suicidas se muestran en un continuo que abarca desde la ideación hasta el suicidio consumado; al hablar de conducta suicida en el niño no es necesario que él tenga un conocimiento total acerca del concepto de muerte (que se logra alrededor de los 9 años), sin embargo se espera que este tenga algún conocimiento sobre ella; el aceptar la muerte no depende solo de la edad, depende de las características emocionales, del nivel cognitivo y de las experiencias personales y familiares; los niños suelen tener preocupaciones acerca de la muerte, si se les da la oportunidad no tienen dificultad al referirse a ella, presentan preocupación y fantasías frente a la muerte de otras personas, pero no a la de ellos (Almonte, 2006).

Ajuriaguerra (citado por Almonte, 2006) distingue 4 fases acerca de la noción de muerte en el niño normal:

1. menores de 2 años: incomprensión total o indiferencia completa respecto al tema.
2. 2 a 6 años: percepción “mística” de la muerte al verla como temporal y reversible.
3. 6 a 9 años: concretismo, en el cual predomina el realismo y la personificación de la muerte.
4. mayores de 9 años: concepto abstracto, aparece la angustia existencial y simbolización de la muerte.

Por su parte Rojas (2007) sostiene que la idea de los niños sobre la muerte y la forma de enfrentarla se modifica con la edad, así:

1. 0 a 2 años: Desconocen el concepto de muerte, sin embargo perciben la ausencia del padre o la madre, son capaces de responder a cambios de rutina, de niñeras y al caos familiar, viven un duelo y lo manifiestan a través de conductas como la desesperación y el desapego.
2. 3 a 5 años: Apoyados en su pensamiento mágico y egocéntrico ven a la muerte como temporal y reversible, similar a dormir. Perpetúan la relación a través de rezos, cartas y conversaciones con el fallecido. En este sentido, quien ha fallecido “está en el cielo”. Son frecuentes las preguntas: “¿Puede comer?, ¿Cómo respira debajo de la tierra?, ¿Va al baño?, ¿Me escucha?, ¿Cómo puede estar al mismo tiempo en la tumba y en el cielo?”.
3. 6 a 8 años: La muerte se interpreta como un castigo, es como un “personaje” que te atrapa. En este sentido, logran identificarla como un hecho irreversible pero no universal, o sea no afecta a todos.

Ante la muerte es frecuente que se cuestionen sobre qué tan segura es la vida.

4. 9 a 12 años: Se adquiere la concepción adulta de la muerte; final, irreversible y universal. Pese a que comprenden el proceso biológico de la muerte, la viven como un hecho lejano para ellos y como un castigo por los malos comportamientos.

5. 13 a 18 años: Pese a que perciben la muerte como más cercana, se enganchan con actividades de alto riesgo adoptando una actitud “inmortal”. A esta edad se adquiere el interés “social” por la muerte y sus ritos.

De igual forma Jara - Alban (2001) plantea que los niños tienen miedos y temores, uno de ellos es el miedo a la propia muerte, dependiendo estos de la edad; y sostiene: En primer lugar los niños menores de cinco años no son capaces de formarse un concepto de la muerte, la percepción del tiempo y del espacio es muy limitada, primando en ellos el miedo a la separación de la madre.

En segundo lugar los niños con edades comprendidas entre los seis y diez años muestran un mayor miedo a la mutilación; los niños hasta los seis años de edad juegan a representar la muerte como fruto de la observación, el estado de sueño es la primera identificación con la muerte.

Por último son los mayores de diez años los que presentan un miedo elevado a la muerte. Pero estos miedos son reforzados por el entorno cultural. Son miedos socializados.

Sin embargo, las fantasías suicidas son representaciones diversas que pueden existir en un mismo niño; las fantasías llevan a cometer actos

suicidas cuando son asociadas a situaciones estresantes y a la alteración en el funcionamiento en el yo. Los contenidos de las fantasías en algunas ocasiones pueden referirse a situaciones como escapar a la muerte, ser rescatado, huir de una situación intolerable, estar muerto, castigar a otros, matar, vengarse, librarse de conflictos internos, lograr un estado de paz, estar con un familiar fallecido; en la niñez, la presencia de fantasías que se presentan con mucha intensidad en relación a la muerte representan una señal de alerta y se pueden considerar como un indicador de riesgo suicida (Almonte, 2006).

Por otra parte las experiencias previas y el desarrollo emocional influyen en gran medida en el concepto de la muerte de un adolescente. Independientemente de haber o no tenido experiencias previas con la muerte de un ser querido, amigo o una mascota, la mayoría de los adolescentes comprende que el concepto de muerte es permanente, universal e inevitable (Children´s Hospital, 2006).

Es durante el período de la adolescencia cuando la mayoría de los niños comienza el proceso de establecer su identidad, su independencia y la relación con sus pares. Un tema predominante de este período es el sentimiento de inmortalidad o de estar exento de la muerte. El reconocimiento de su propia muerte amenaza todos estos objetivos. Las actitudes negativas y desafiantes pueden cambiar de repente la personalidad de un adolescente que se enfrenta a la muerte. Puede sentir no sólo que ya no pertenece o no encaja con sus pares, sino que tampoco puede comunicarse con sus padres (Children´s Hospital, 2006).

Sin embargo existen características propias en la adolescencia que revelan la aparición de conducta suicida y que son representativas en esta edad.

Los jóvenes que intentan realizar un suicidio lo hacen como respuesta inmediata e impulsiva ante una situación que les produce angustia, frustración, las cuales pueden llegar a sobrepasar su capacidad adaptativa, ocurriendo un bloqueo cognitivo y una interferencia emocional que les impide medir las consecuencias reales de su acción (Almonte, 2006).

A juicio de Almonte (2006) las características particulares de la conducta suicida que se presentan en la adolescencia son:

En primer lugar, la conducta suicida tiene un carácter manipulatorio; el adolescente centra la atención en él y sus problemas para movilizar el contexto social. Esta característica explica la baja letalidad de la mayoría de los intentos y se transforma en una cualidad que favorece el pronóstico.

En segundo lugar, el intento representa con frecuencia un pedido desesperado de ayuda en ambientes pocos sensibles, o que no alcanzan a percibir las necesidades afectivas del adolescente, reflejando también la dificultad de comunicación del adolescente.

En tercer lugar, si se concibe la adolescencia como un periodo crítico, en que existe una mayor vulnerabilidad psicológica, se entiende la conducta suicida como una expresión de la mayor sensibilidad y un menor desarrollo de la capacidad de autocontrol a esta edad, en especial del control de impulsos.

Por último, los intentos de suicidio pueden presentarse en jóvenes con baja o inestable autoestima, dificultad para expresar sus emociones

(rabia, temor, tristeza) y en la modulación de los impulsos agresivos; agregándole pocas habilidades sociales, sentimientos de desesperación y desamparo; los adolescentes con frecuencia, presentan dificultades en la modulación afectiva y presentan cambios bruscos en el humor con relación a temáticas conflictivas propias de la edad, lo que sumado al bajo autocontrol, puede favorecer la conducta autodestructiva (Almonte, 2006).

### ***Clasificación de las conductas suicidas***

La clasificación de las conductas suicidas implica un sin número de referentes debido a la cantidad de información que de estas se tiene.

La perspectiva de carácter sociológico que introduce Durkheim divide el esquema racional e irracional al plantear que la clasificación no se sustenta con criterios individuales sino sociales, los cuales debían basarse en la naturaleza de las sociedades que impulsan al individuo: egoístas, altruistas, anómicos, y fatalistas.

Por su parte Menninger (citado por Bobes, Saíz, Portilla y Bascarán, 2004) clasifica los comportamientos suicidas como suicidio agudo, tentativa de suicidio o suicidio consumado, suicidios atenuados, crónicos o parciales. Sustentado en la teoría de las variaciones de la destructividad que encuentra en los casos que estudia, este autor plantea la idea de que el comportamiento autodestructivo se comporta como un continuo, que va desde el suicidio consumado hasta las conductas autodestructivas indirectas (abuso de drogas, o conductas de riesgo) pasando por las conductas autodestructivas parciales (automutilaciones, tentativas de suicidios con o sin lesividad, los gestos autodestructivos sin ninguna lesividad, ni intencionalidad suicida y la ideación suicida).

Igualmente Diekstra (citado por Bobes et al., 2004) plantea una definición con criterios operativos para cada conducta suicida (suicidio, tentativa, parasuicidio), quedando explícito el problema ausente de la ideación suicida.

1. suicidio: resultado mortal que desencadenó el acto que llevó a dicho resultado.

2. tentativa: acto suicida pero detenido en su camino, antes de que produzca la muerte.

3. parasuicidio: acto deliberado, con resultado no fatal que podría causar o efectivamente causa una autolesión.

Maris (1996) a raíz de las diversas clasificaciones que existían con relación al suicidio distingue entre suicidios y tentativas de suicidios y deja en claro que una clasificación para ser útil tendría que partir de la ideación suicida. Por ello el mismo autor propone clasificar las conductas suicidas de forma multiaxial para lo cual plantea tres ejes:

El eje I encierra el tipo de comportamiento: suicidio, tentativa, o ideación denominando a los pacientes en este como escapistas, vengativos, altruistas, ordálicos y mixtos; y mixtos indeterminados.

En el eje II clasifica las características secundarias: certeza del evaluador, letalidad médica, intencionalidad, circunstancias, método, sexo, edad, raza, estado civil y ocupación.

Y finalizando en el eje III incluye la presencia o ausencia de comportamientos autodestructivos indirectos de tipo crónico (alcohol, drogas, tabaco, automutilaciones, anorexia, bulimia).

Por último Clemente y González (1996) consideran que no es posible incluir en el concepto de suicidio la eutanasia, los deportes de riesgo o la anorexia, explicando que se debe diferenciar autoagresión de suicidio, tomando como criterio que se busque o no la muerte. Clasificar toda conducta de riesgo o de autoagresión como suicidio implica desconocer las razones “reales” de las personas y empezar a hacer atribuciones o dar explicaciones que no necesariamente coinciden con tales razones.

Por otra parte en los 80's el Centro para el Control de Enfermedades fomentó crear un grupo con el fin de establecer criterios para determinar el suicidio como causa de muerte; definiendo el suicidio completo como la muerte producida por heridas, envenenamiento o sofocación, donde hay evidencia explícita o implícita de que el sujeto intentaba matarse a sí mismo, con lo cual la definición se basa en tres aspectos 1) muerte como resultado, 2) autoinfligido, 3) intencionalmente infligido.

Sin embargo debido a las diversas clasificaciones de las conductas suicidas, existe confusión en cuanto a la terminología sobre suicidio, por esto O'Carroll et al (1996) introducen una diferencia entre nomenclatura y clasificación. La nomenclatura será entendida como un conjunto de términos comúnmente entendidos y lógicamente definidos, que tienen una función taquigráfica para facilitar la comunicación. Por otra parte la clasificación implica algunos elementos que van más allá, lo cual implica la comprensividad, un arreglo de ítems en grupos o categorías, con subcategorías ordenadas, validez científica, exhaustividad adecuada para fines políticos o clínicos, y un grupo de reglas no ambiguas para asignar ítems a un único sitio en el esquema de clasificación.

De acuerdo a lo anterior la Conducta suicida puede clasificarse jerárquicamente así:

1. El suicidio, es la muerte debida a una lesión, envenenamiento o asfixia mecánica con evidencia, (explícita o implícita), siendo la lesión autoinflingida y que la intención del fallecido era la de matarse; en este término el suicidio consumado actúa como sinónimo.

2. Intento de suicidio, es entendido como la conducta potencialmente auto-lesionante con un resultado no fatal, para la cual hay evidencia (explícita e implícita), de que la persona tenía alguna intención de matarse, un intento de suicidio puede llevar o no a lesiones.

3. Suicidio con lesiones, es la acción resultante en una lesión (no fatal), envenenamiento o sofocación no fatal donde hay evidencia (explícita o implícita) de que la lesión fue autoinflingida y que llevaba la intención del sujeto de matarse.

4. Acto suicida, son comportamientos potencialmente autolesivos en los que existe evidencia (explícita e implícita), de que el sujeto tenía alguna intención de matarse. Un acto suicida puede tener como resultado el fallecimiento, lesiones o ninguna lesión.

5. Comportamiento instrumental relacionado con el suicidio, comportamiento potencialmente autolesivo para el que existe evidencia (explícita e implícita) de que el sujeto: a) no tenía intención de matarse, b) pretendía conseguir otro objetivo (ayuda, castigar a otros, atención) aparentando que se mataba.

6. Comportamientos relacionados con el suicidio, son comportamientos potencialmente autolesivos para los que existe evidencia

(explícita e implícita), de una de las siguientes situaciones a) el sujeto tenía alguna intención de matarse, b) el sujeto pretendía conseguir otro objetivo aparentando que se mataba.

7. Amenaza de suicidio, es cualquier comportamiento interpersonal, verbal o no verbal, interpretable como insinuación de que podría tener lugar en un futuro próximo, un acto suicida o un comportamiento relacionado con el suicidio.

8. Ideación suicida, es cualquier manifestación del sujeto que exprese el pensamiento de llevar a cabo un comportamiento relacionado con el suicidio.

Queda claro que al hablar de las clasificaciones en suicidio se encuentra con una tarea tan compleja, debido a la diversidad de teorías y complejidad de las mismas y a la necesidad de organizar grupos para la prevención del suicidio.

### **Factores de riesgo para el suicidio**

Plantear factores de riesgo asociados con el suicidio es una labor compleja, debido a las diferentes explicaciones que cada autor pretende aportar desde su teoría.

#### ***Factores sociodemográficos***

El suicidio es tomado como un hecho personal y que solo puede ser comprendido en la sociedad en la que ocurre, ya que la sociedad influye sobre el individuo, lo lleva a pensar en el suicidio ante determinadas situaciones: crisis económicas, problemas relacionados con la pareja, en el trabajo, estudio, etc.

Dentro de los factores sociodemográficos se pueden incluir: La edad que es una de las variables que se ha asociado a la conducta suicida, pues se ha hallado que la tasa de suicidio consumado tiende a incrementarse con la edad. La cifra más elevada se encuentra en los sujetos mayores de 65 años. El intento de suicidio se presenta con más frecuencia en jóvenes sobre todo en mujeres; en estudios realizados por la OMS (Mingote, Jiménez, Osorio y Palomo, 2004) entre 1989 y 1992 se observó que las tasas más elevadas estaban entre los 15 – 24 años para las mujeres y los 25 – 34 para los hombres; en el mismo estudio la OMS demostró cómo los intentos de suicidio disminuían a medida que se incrementaba la edad, de modo que los intentos suicidas son menores a partir de los 55 años; sin embargo los intentos de suicidio en personas de la tercera edad deben tomarse con seriedad y atención ya que presentan características parecidas a las del grupo de suicidio consumado, aumentando el riesgo.

Con respecto al sexo aproximadamente el 80% de los suicidios consumados son realizados por hombres, presentándose una mortalidad de 2 a 3 veces superior a la de las mujeres, siendo estas las que con más frecuencia llevan a cabo intentos de suicidio. Según Clemente y González (1996) los hombres tienen más vulnerabilidad hacia el suicidio, al ser más agresivos y utilizar técnicas más violentas e inmediatas. Mientras que algunos proponen que las mujeres “desconocen la aplicación y eficacia de las técnicas duras” (p32); por último Clemente y González (1996) consideran que hay factores básicos cuyo origen están en la socialización de los dos géneros, lo que provoca diferencias en la intencionalidad y la accesibilidad a los medios suicidas, además de la edad, nivel cultural, profesión.

En lo que hace referencia al estado civil, el suicidio es un hecho frecuente en las personas solteras, separadas, divorciadas o viudas, al parecer el matrimonio protege del suicidio tanto a los hombres como a las mujeres. El suicidio en la mujer está menos influenciado por el estado civil, la asociación con el divorcio es una situación compleja dado que su significado social se está modificando; con relación a los intentos de suicidio, los índices más elevados se presentan en mujeres adolescentes y jóvenes, tanto solteras como divorciadas (entre 25-35 años) y en hombres solteros(entre 30- 40 años); cuando se cometen intentos de suicidios por parte de personas casadas, se plantea que lo que lo produjo fue una ruptura reciente en el matrimonio (Mingote et al., 2004).

Algunos estudios han mostrado altas tasas de divorcio o separación de los padres entre adolescentes que han intentado suicidarse. El divorcio puede tener efecto y aumentar el riesgo suicida al incrementar la vulnerabilidad temprana a la psicopatología, como es la depresión, que constituye un factor de riesgo para el suicidio. Alternativamente, la asociación puede emerger desde factores sociales y ambientales que incrementan tanto el riesgo de divorcio como el riesgo de la conducta suicida (Sociedad Chilena de Pediatría 2000).

Respecto al nivel educativo, cuanto mayores niveles de estudios tenga la persona, mayor resulta el riesgo de suicidio consumado y menor el riesgo de intento de suicido, tal y como lo plantea Arranz (2004) (citado por Delgado et al, 2004) al afirmar que a mayor nivel educativo se incrementa el riesgo suicida y se disminuye la probabilidad de cometer intentos. Costa (citado por Mingote et al., 2004) sostiene que existe un grupo especial de

riesgo formado por estudiantes universitarios; de igual forma Dukes y Lorch (citados por Buendía y Ruiz, 2004) sostienen que “los problemas escolares incrementan el riesgo suicida a través de su influencia sobre variables como la autoestima, el proyecto de vida personal, o el desarrollo de conductas desadaptadas como el abuso de sustancias tóxicas” (p, 39).

Por ultimo en la distribución geográfica, se encuentra un mayor índice de suicidios en países desarrollados, en las grandes ciudades, con alta densidad de población, clase social alta y un alto nivel cultural. La tasa más baja se encuentra en los países subdesarrollados, zona rural, sujetos con creencias religiosas y clase social baja. En las ciudades se tiene un mayor registro acerca de los intentos pero al final la letalidad es mucho más baja que en la zona rural, debido al acceso que se tiene de los métodos. Dentro de las ciudades es en los barrios con clase social baja en donde se registran las tasas de suicidio más altas lo que podría estar en relación con malas condiciones de vida, problemas de adaptación, abuso de alcohol y otras sustancias, como lo menciona Maris (2002) quien sostiene que el abuso de alcohol y sustancias psicoactivas son de alguna forma, factores predictivos del suicidio, ya que más del 50% de las personas que realizaban el suicidio estaban intoxicadas.

### ***Factores Familiares***

A raíz de los estudios realizados se confirma el papel que desempeñan las conductas suicidas en la familia como un factor de riesgo; una historia familiar de suicidios aumenta el riesgo, de igual manera la ausencia de antecedentes familiares disminuye la probabilidad del mismo.

Para la Sociedad Chilena de Pediatría (2000) existe clara evidencia que las adversidades familiares contribuyen a incrementar el riesgo de la conducta suicida. La ausencia de calidez familiar, falta de comunicación con los padres y discordia familiar hacen que existan oportunidades limitadas para el aprendizaje de resolución de problemas y pueden crear un ambiente donde al adolescente le falta el soporte necesario para contrarrestar los efectos de eventos vitales estresantes y/o depresión. De igual forma Dukes y Lorch (citados por Buendía y Ruiz, 2004) consideran que la familia disfuncional es un factor de riesgo, debido a que los problemas familiares contribuyen al suicidio en los adolescentes y resaltan la mala comunicación, conflictos con sus padres, alienación del adolescente con respecto a la familia, falta de amor, apoyo, las rupturas familiares y la psicopatología de los padres. Por último variables de tipo familiar se han asociado con el acto suicida, por lo que se ha enfatizado en el papel de la estructura familiar y en las relaciones entre los miembros (Paluszny, Danvenport y Kim, 1991; Wagner y Cohen, 1994). Se ha observado que el riesgo de cometer suicidio en familias con un solo padre era mayor que en las familias con ambos padres, sobre todo en el caso de jóvenes adultos del sexo masculino. Así mismo se ha concluido que las personas que presentan ideación suicida se diferencian de aquellas que no lo presentan en una serie de variables, entre las cuales sobresale las relaciones familiares caracterizadas por calidad de la relación con la madre, intimidad con los padres y cercanía con hermanos, además de la historia familiar de depresión (García – Falconi, 2003).

### ***Factores Psicopatológicos***

Los síntomas psicopatológicos han sido señalados como elementos importantes en la explicación del suicidio. Schneider et al., (citados por García – Falconi, 2003) analizaron cuáles síntomas psicopatológicos predecían el acto suicida, encontrando que quienes habían cometido suicidio habían presentado preocupaciones hipocondríacas y pensamientos e intentos suicidas. El comportamiento suicida es una de las representaciones de conducta evasiva o de escape ante una realidad insoportable sobre la que se ha perdido la posibilidad de ejercer un control y en la cual predominan los sentimientos de desesperanza. Las conductas suicidas se las puede identificar de varias formas, como autocastigo, intento de solución de problemas. Se han reconocido varios factores psicopatológicos para poder explicar la conducta suicida como son: desesperanza, depresión, alcoholismo, aislamiento social, impulsividad, psicosis, trastornos mentales relacionados con trastornos afectivos, trastornos de la personalidad, esquizofrenia.

Los trastornos afectivos se constituyen como el grupo de mayor riesgo para la conducta suicida; el riesgo de presentar un suicidio consumado en un paciente depresivo a lo largo de su vida es de un 15% (25 veces mayor que la población general) Villardón (1993) sustenta que la incidencia del diagnóstico de trastorno afectivo entre la población suicida lleva implícita la teoría de que el suicidio es consecuencia principalmente de un trastorno psiquiátrico; Weissman et al., (Citados por Mingote et al., 2004) considera que la severidad del intento está relacionada más con la vivencia de desesperanza y hostilidad que con la intensidad depresiva.

De igual forma Buendía y Ruiz, (2004) sitúan la depresión y la desesperanza como factores de riesgo y consideran la depresión como un indicador importante en la mayoría de conductas suicidas, la cual es generalmente evaluada en pacientes que se consideran suicidas en potencia, debido a que se ha comprobado que es un predictor significativo tanto en la tentativa como del suicidio consumado. Según Kienhorst et al., (citados por Buendía y Ruiz, 2004) en la mayoría de las tentativas de suicidio están presentes los trastornos del estado de ánimo, siendo la depresión uno de los correlatos más potentes de la conducta suicida; Garnefski et al. (Citados por Buendía y Ruiz, 2004) en estudios realizados encontraron que estudiantes con historial de conducta suicida tenían mayor depresión, desesperanza, pesimismo, comportamientos suicidas, menos autoestima que los que no tenían historial.

A su vez García - Falconi (2003) menciona que la depresión es un estado afectivo que ha sido considerado clave en la explicación del acto suicida, y desde luego de la ideación y el intento suicida. En trabajos relativamente recientes se ha analizado la relación entre síntomas depresivos y la ideación suicida en adolescentes de ambos sexos, encontrando que las adolescentes reportaron mayor nivel de ideación suicida que los adolescentes.

Cabe mencionar la posibilidad no tan frecuente de que algunos enfermos depresivos contemplen la idea de un oscuro porvenir de sus seres más allegados, especialmente en las melancolías que ellos viven, llegando al convencimiento de que matarlos (“suicidarlos”) es librarlos de un futuro insoportable, tal y como lo viven en sus delirios. Miró (citado por Vallejo-

Ruiloba y Gastón – Ferrer, 2000). Igualmente Mayer–Gross (citado por los mismos autores) sostiene que no es raro que los depresivos maten a sus familiares, especialmente si son niños, antes de suicidarse, para salvarlos, según ellos de una vida de miseria y desesperación.

Por otra parte la vinculación de la desesperanza con el suicidio ha dado lugar a un gran número de investigaciones, por ejemplo Beck (citado por Villardón 1993) a través de la escala de desesperanza, clasificó correctamente a un 91% de pacientes hospitalizados por pensamientos de suicidio. El mismo autor plantea un estudio realizado en una muestra de niños para comprobar que los sujetos con mayores niveles de desesperanza presentan menos repulsión hacia la muerte. Por último Beck concluye que son muchos los autores y estudios que comparten y confirman la relación de la desesperanza con las diferentes formas de conducta autodestructiva, algunos de ellos sustentan que la depresión y la desesperanza están presentes en los individuos suicidas, sin embargo otros confirman que una de estas dos variables tiene más peso que la otra en su vinculación con el suicidio (Villardón, 1993).

En este sentido, Beck (citado por Buendía y Ruiz, 2004) definió la desesperanza como un deseo de escapar de algo que se considera un problema incomprensible y no guarda la esperanza de que le produzca alivio. Así la desesperanza tiene que ver con un sistema de esquemas cognitivos que parten del elemento común de las expectativas negativas, hasta que llevan a un sentimiento general de desesperación y la intención de morir.

Para Ramos y González (citado por el mismo autor) la “desesperanza” parece ser una característica principal en el intento de suicidio y sostienen que diferentes evidencias apoyan las hipótesis de que la esperanza es una variable cognitiva clave en la evaluación de los adolescentes suicidas.

### **Ideación Suicida**

#### ***Conceptos Básicos***

La principal dificultad a la hora de definir el concepto de ideación suicida radica en establecer la presencia de la intención suicida, siendo esto importante porque ella es un lazo primordial entre el pensamiento y la acción Hjelmeland (citado por McAuliffe, 2002).

O’Carroll, et al. (1996) definen a la ideación suicida como los pensamientos autoreportados de realizar conductas relacionadas con el suicidio.

La ideación suicida es una construcción cognitiva, la cual se puede manifestar en un síntoma frecuente e inespecífico que refleja el nivel de conflicto interno (Beck, et al 1985); y que se incrementa cuando una persona que tiene baja capacidad de enfrentamiento vive situaciones estresantes. (Mondragón, Monroy, Medina y Borges, 2003).

De igual forma Goldney et al. (Citados por Buendía 1993) plantea que la ideación suicida se refiere comúnmente a cogniciones que pueden variar desde pensamientos fugaces (la vida no vale la pena vivirse), pasando por planes muy explícitos, hasta una intensa preocupación por la muerte.

Apter (citado por McAuliffe, 2002) sostiene que la ideación suicida desde una perspectiva cognitiva – evolutiva es un factor importante para el riesgo suicida, debido a que el suicidio raramente ocurre en niños menores

de 12 años, por que muchos de ellos en esta edad no han alcanzado una maduración cognitiva adecuada para formular e implementar el plan suicida; aun cuando hayan experimentado deseos de morir; sin embargo el mismo autor plantea que algunos niños y adolescentes inician la ideación suicida en una edad temprana, la cual puede llegar a ser un problema persistente.

Vihjalmsson et al., (citados por el mismo autor) plantean que la ideación precede a los planes, los cuales en algún momento pueden resultar en intento y después en la muerte, ya que el suicidio es un problema que va en aumento.

### ***Factores de riesgo para la ideación suicida***

La ideación suicida se ha medido de diferentes maneras a través de diversos estudios; de igual forma ha sido investigada por medio de modelos multivariados que incluyen factores tales como relaciones familiares, estrés familiar, edad, género, depresión, eventos negativos vitales, abuso de sustancias psicoactivas, desesperanza, ansiedad, autoestima, entre otros.

Kornick y Gutiérrez (2005) realizan un estudio con el fin de examinar algunos factores de riesgo (eventos negativos vitales, desesperanza y síntomas depresivos) que se cree precipitan la ideación suicida; el estudio fue realizado con 345 estudiantes de universidad; y encontraron que los síntomas depresivos y la desesperanza actúan como predictores de la ideación suicida; sin embargo los eventos negativos vitales influyeron en los pensamientos suicidas a través de la desesperanza y los síntomas depresivos, mientras que los síntomas depresivos ejercieron una influencia más fuerte sobre la ideación suicida que la desesperanza.

De igual forma Sun, Hui y Watkins, (2006) establecen que dentro del sistema psicológico del adolescente los sentimientos de minusvalía y desesperanza contribuyen a la depresión, la cual lleva a pensamientos suicidas; de igual manera se relacionan tres factores psicológicos que son: autoestima, depresión y desesperanza con la ideación suicida y sugieren, que la depresión es el mejor predictor de la ideación suicida en niveles clínicos severos, sin embargo consideran la depresión como un predictor significativo de la ideación suicida.

A su vez, Yoder y Hoyt (2005) examinan la posibilidad que tiene el modelo de estrés familiar en la comprensión de la ideación suicida adolescente; y encuentran que la presión económica familiar se relaciona con síntomas paternos de depresión, los cuales a su vez mantienen relación con las conductas hostiles en los padres y con el abuso físico; sostienen además que las conductas paternas se relacionan con la autoestima y los síntomas depresivos de los adolescentes, factores relacionados con la ideación suicida, por esto la presión económica familiar, los síntomas y conducta depresivas paternas se relacionaron indirectamente con la ideación suicida en adolescentes; a partir de estos resultados los autores indican la aplicabilidad de los modelos de estrés familiar para comprender la ideación suicida en adolescentes.

Modelos teóricos e investigaciones previas citan a Conger y Elder (1994) los cuales proponen el Modelo de Estrés Familiar para plantear que las presiones económicas de la familia, problemas financieros, influyen en el distrés emocional de los padres, que a su vez, impactan en sus conductas de crianza, las cuales afectan el bienestar psicológico del adolescente, así

las conductas paternas median las relaciones del estrés económico familiar y el distrés emocional paterno con el bienestar psicológico del adolescente, sostienen también que las prácticas de crianza hostiles y abusivas pueden llevar el mensaje de que el adolescente no es digno, lo cual puede ser internalizado por este, la culpa por estas conductas paternas resultan en síntomas depresivos y en pensamientos suicidas. De igual forma, los mismos autores plantean la teoría de la autoestima, la cual postula que las personas tienen un “motivo de automantenimiento” para verse a sí mismos de una forma positiva y, si este falla, pueden reaccionar empezando a deprimirse, sintiendo desesperanza frente al futuro y creyendo que la vida no vale la pena vivirse.

Por otra parte Carris, Sheeber y Have, (1998) relacionan de forma indirecta la rigidez familiar con la ideación suicida de los adolescentes, por medio de un estudio realizado con estudiantes de universidad y sus padres. Los cuales contestaron algunos cuestionarios relacionados con la adaptabilidad familiar, solución de problemas e ideación suicida en adultos; a raíz de esta información plantean que la relación entre rigidez familiar e ideación suicida adolescente está mediada en parte por los déficit en la solución de problemas del adolescente porque un ambiente familiar rígido, caracterizado por la ausencia de adaptabilidad en respuestas a situaciones problemas, sería incapaz de facilitar el desarrollo de habilidades flexibles y efectivas de solución de problemas; por último concluye que la resultante ausencia de confianza en la capacidad personal para mejorar situaciones problemáticas difíciles, sirve para incrementar la posibilidad de ideación suicida.

González-Forteza, Ramos, Caballero y Wagner, (2003) concluyen que los estudiantes con depresión e ideación suicida tienen más conflictos con sus padres/madres, discuten por problemas económicos, tienen baja autoestima, son impulsivos y usan respuestas de afrontamiento agresivas.

### ***Instrumentos para la evaluación de la ideación suicida***

En la evaluación de la ideación suicida se encuentran algunos instrumentos comúnmente nombrados en la literatura científica. A continuación se comentan las características generales de algunos de ellos.

Cuestionario de ideación suicida (*Suicide Ideation Questionnaire – High School* – SIQ-HS; Reynolds & Mazza, 1989). El SIQ se compone de 30 ítems, que evalúan la frecuencia de una jerarquía de pensamientos suicidas que van desde los posibles pensamientos de desear no estar vivo, hasta pensamientos serios y específicos de matarse. A sí mismo. Este cuestionario se responde en una escala de 7 puntos desde “nunca he tenido ese pensamiento” hasta “casi todos los días”. Tiene una fiabilidad de 0,97 y su validez de constructo se ha comprobado con medidas de depresión y desesperanza, así como con resultados de entrevistas sobre suicidio (Reynolds y Mazza, 1999).

Inventario de Ideación Suicida Positiva y Negativa (PANSI): desarrollado por Osman et al (2005), para evaluar la frecuencia de factores protectores y de riesgo negativos relacionados con el comportamiento suicida; los ítems se agrupan en dos subescalas, ideación positiva e ideación negativa. Se trata de un inventario autoaplicado que se ha utilizado en adolescentes con buenos resultados; los análisis factoriales confirmatorios ratificaron los dos factores. La consistencia interna (alfa de

cronbach) de la subescala ideación positiva fue de 0,89 y de la subescala ideación negativa de 0,96. Además demostró validez discriminante al permitir sus puntuaciones diferenciar entre los que habían cometido intento de suicidio y los que tenían un grave riesgo de cometer suicidio; los resultados psicométricos hallados avalan el uso de este inventario como un medidor de riesgo de los comportamientos relacionados con el suicidio (Bobes et al., 2004).

Escala de Ideación Suicida (SSI) creada por Beck, Kavacs y Weissman (1979), esta escala consta de 21 ítems divididos en cinco apartados: a) características de su actitud hacia la vida/muerte b) características de los pensamientos suicidas, c) características del proyecto del intento, d) realización del proyecto de intento, y e) factores de fondo; esta escala fue desarrollada para medir las características de las ideaciones suicidas en los sujetos, siendo su objetivo cuantificar la intensidad de la ideación suicida consciente en el momento actual, así como la actitud del sujeto hacia este tipo de ideas (Palacios, Rueda y Valderrama, 2007).

### **Medición y evaluación**

Desde el punto de vista psicométrico una prueba debe tener dos características para considerarse como un buen instrumento de medición, debe ser confiable y válida.

#### ***Confiabilidad***

La confiabilidad hace referencia en un sentido amplio al atributo de consistencia en la medición; la confiabilidad denota algo que es consistente, no necesariamente consistente es bueno o malo, sino tan sólo consistente; de igual forma la confiabilidad es un índice de confianza, es una proporción

que indica la razón entre la varianza de la puntuación verdadera en una prueba y la varianza total (Cohen y Swerdlik 2001).

La confiabilidad de una prueba es la relativa ausencia de errores de medidas y debe estimarse mediante uno o varios procedimientos que toman en cuenta las distintas fuentes de error de medida. Existen tres métodos tradicionales para calcular la confiabilidad de una prueba o instrumento de evaluación: test – retest, formas paralelas y consistencia interna la cual incluye división por mitades, Kuder Richardson y coeficiente alfa (Aiken 1996).

De igual forma la confiabilidad se refiere al grado de coherencia entre intentos independientes para medir el mismo concepto teórico. La confiabilidad presenta dos formas de procedimiento: consistencia interna y estabilidad temporal. La consistencia interna tiene que ver con el grado de acuerdo entre distintas medidas del mismo concepto teórico, obtenidas en el mismo momento del tiempo. La estabilidad temporal se refiere a la consistencia de las medidas repetidas a lo largo del tiempo. Desde la perspectiva de la consistencia interna, el estudio de la confiabilidad de un instrumento de medición permite evaluar el grado de coherencia entre los ítems que la componen. El criterio más utilizado para analizar la confiabilidad de instrumentos de medición consiste en calcular el valor del coeficiente alpha de Cronbach, el cual se lo puede interpretar como un indicador de la correlación entre los ítems; el valor absoluto de este coeficiente oscila entre cero y uno; de forma que un valor positivo y próximo a la unidad se interpreta como garantía de una alta confiabilidad de la medida (Casino 2001).

### **Validez**

La validez de una prueba se define como el grado en el cual ésta mide aquello para lo que se diseñó; una desventaja de esta definición es la implicación de que una prueba tiene solo una validez, que queda establecida mediante un solo estudio para determinar si la prueba mide lo que debe medir. Una prueba puede tener muchos tipos de validez dependiendo de los propósitos específicos con los que se diseñó, la población a la que se dirige y el método para determinar la validez. Entre los métodos mediante los cuales puede evaluarse la validez se encuentran el análisis de contenido, la relación de las calificaciones de la prueba con las calificaciones con base en un criterio de interés y la investigación de las características psicológicas o constructos particulares que mide la prueba (Brown 1999).

La validez de constructo se refiere al grado en el cual un instrumento es una medida de un constructo en particular o concepto psicológico, la validez de constructo no se determina de una sola manera o por medio de una investigación, comprende un conjunto de investigaciones, procedimientos diseñados para determinar si un instrumento de evaluación que mide cierta variable en realidad cumple con su propósito; existen algunas evidencias para la validez de constructo entre las cuales están:

1. Los juicios por parte de expertos, de que el contenido de la prueba corresponde al constructo de interés.
2. Un análisis de la consistencia interna de la prueba.
3. Estudios de las relaciones, tanto en grupos que se forman con fines experimentales como de manera natural, de las calificaciones de la prueba con otras variables en las que difieren los grupos.

4. Correlaciones de la prueba con otras pruebas y variables con las que se espera que la prueba tenga cierta relación y análisis de factores de estas correlaciones.

De igual forma la validez de constructo o de concepto es esencial cuando tenemos variables cualitativas pero no tenemos buenos criterios, se utiliza sobre todo para medidas y variables psicosociales. La validez de constructo examina hasta qué punto algo mide adecuadamente el concepto (Brown 1999).

Por otra parte la validez factorial implica comprobar qué factores o dimensiones subyacen a los ítems del instrumento. Se habla de validez factorial cuando los diversos ítems definidos para medir un determinado factor o dimensión muestran coherencia con ese factor latente. Tradicionalmente la validez factorial de un instrumento de medida se determinaba mediante la técnica del análisis factorial exploratorio, de forma que los ítems que configuran una misma dimensión deben tener una carga importante en el mismo factor, mientras que esto no debe suceder con los ítems que reflejan dimensiones distintas. En caso de tener algún conocimiento previo de la estructura dimensional del instrumento de medida, la validez factorial se evalúa mediante análisis factorial confirmatorio (Casino 2001). De igual forma el análisis factorial aborda el problema de cómo analizar la estructura de las correlaciones entre un gran número de variables con la definición de una serie de dimensiones subyacentes comunes, conocidas como factores. Con el análisis factorial el investigador puede identificar el resumen y la reducción de datos. Se obtienen unas dimensiones subyacentes que cuando son interpretadas y comprendidas,

describen los datos con un número de conceptos mucho mas reducido que las variables individuales originales (Hernández, Fernández y Baptista, 1998). Validez convergente y divergente son conceptos introducidos por Campbell et al. (Citados por Brown 1999) para explicar que la validación se realiza de manera convergente, por que se trata de establecer que dos instrumentos (pruebas) miden, de hecho el mismo factor. El mismo autor sostiene que una prueba psicológica no sólo debe correlacionarse con otras que tengan como fin medir el mismo factor, sino que deberá necesitar también de relación con pruebas que midan otras construcciones diferentes.

## **MARCO CONCEPTUAL**

### **Suicidio**

Muerte debida a una lesión, envenenamiento o asfixia mecánica con evidencia, (explícita o implícita), siendo la lesión autoinflingida y que la intención del sujeto era la de matarse, en este término el suicidio consumado actúa como sinónimo.

### **Intento de suicidio**

Es entendido como la conducta potencialmente auto-lesionante, un resultado no fatal, para la cual hay evidencia (explícita e implícita), de que la persona tenía alguna intención de matarse; un intento de suicidio puede llevar o no a lesiones.

### **Ideación suicida**

Es la forma más común de conducta suicida, se habla de ideación suicida cuando un sujeto persistentemente piensa, planea, o desea cometer suicidio.

### **Factores de riesgo**

Es cualquier característica o circunstancia detectable de una persona o grupo de personas que se sabe asociada con un aumento en la probabilidad de padecer, desarrollar o estar especialmente expuesto a un proceso mórbido. Estos factores (biológicos, ambientales, de comportamientos, socioculturales, económicos, etc.) pueden sumándose unos a otros aumentar el efecto aislado de cada uno de ellos produciendo un fenómeno de interacción.

### **Confiabilidad**

Es un índice de confianza, es una proporción que indica la razón entre la varianza de la puntuación verdadera en una prueba y la varianza total.

### **Validez**

Es el grado en que el sistema de medida evalúa realmente aquello que pretende medir, es decir, el grado en que representa la realidad del fenómeno en estudio.

### **Análisis factorial**

Es una técnica de análisis multivariante que se utiliza para el estudio e interpretación de las correlaciones entre grupos de variables. Parte de la idea de que dichas correlaciones no son aleatorias sino que se deben a la existencia de factores comunes entre ellas. El objetivo del análisis factorial es la identificación y cuantificación de dichos factores comunes.

## **METODOLOGIA**

### **Tipo de investigación**

El presente trabajo de investigación se guió a través del enfoque cuantitativo, puesto que utiliza la recolección y el análisis de datos numéricos para contestar preguntas de investigación (Cavas 2007).

Además es de carácter descriptivo, puesto que buscó identificar el comportamiento psicométrico de la prueba (F.H. Villalobos, comunicación personal, Junio 15 de 2007).

Se puede definir como un estudio de tipo instrumental, ya que aplica los principios y técnicas propios de la psicometría, a la evaluación de un instrumento que ha sido adaptado a las condiciones culturales de la ciudad (Montero y León 2005).

Finalmente, se puede clasificar como una investigación No-Experimental, puesto que no se hace variar ninguna variable, sino que se observa el fenómeno tal y como se da en su contexto natural, para después analizarlo (Hernández, Fernández y Baptista 1998).

### **Diseño de la investigación**

Según Hernández, Fernández y Baptista (1998) el diseño que se llevó a cabo para el presente estudio corresponde al Diseño Transversal, ya que se recolectó la información en un solo momento, con el propósito de describir la validez y confiabilidad de la prueba estudiada.

### **Participantes**

Según lo hallado por Villalobos – Galvis (2007), se estima que la presencia de ideación suicida en estudiantes de colegios y universidades de San Juan de Pasto se encuentra alrededor del 20%. Tomando en cuenta

este dato se hizo uso del programa STATS (Hernández, Fernández y Baptista, 2001), para calcular el tamaño mínimo de muestra requerido, de acuerdo con los siguientes parámetros: error máximo aceptable 5%, nivel deseado de confianza 95%. De acuerdo con lo anterior, se requería contar con una muestra mínima de 245 casos. Se encontró que el número de casos fue de 333 participantes distribuidos en 151 hombres (45.3%) y 182 mujeres con un (54.7%) como se indica en la figura 1.



*Figura 1. Descripción de la muestra por número de casos.*

La edad de los participantes estaba entre los 14 y 25 años, la tabla 1 muestra que las edades que presentan mayor nivel de participación son las de 15,16, y 19.

**Tabla 1**

***Información edad de los participantes***

<b>EDAD</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>PORCENTAJE</b>
14	17	5,1
<b>15</b>	<b>44</b>	<b>13,2</b>
<b>16</b>	<b>40</b>	<b>12,0</b>
17	39	11,7

18	30	9,0
<b>19</b>	<b>41</b>	<b>12,3</b>
20	29	8,7
21	30	9,0
22	31	9,3
23	14	4,2
24	11	3,3
25	7	2,1
<b>TOTAL</b>	<b>333</b>	<b>100</b>

La tabla 2 nos muestra la información acerca de las instituciones educativas que participaron en la investigación (San Juan Bosco, Liceo UDENAR, Liceo central de Nariño, INEM, Champagnat, San Felipe) las cuales tuvieron una participación de 110 estudiantes y las universidades (IU. CESMAG y Universidad de Nariño) estas las de mayor participación con 223 estudiantes.

Acerca de los datos del sector educativo al cual pertenecían los estudiantes, se encontró que 167 (50.2%) pertenecían al sector público y 166 (49.8%) al sector privado.

**Tabla 2**

***Información sobre instituciones educativas y nivel.***

Institución	Frecuencia	Porcentaje	Nivel	Frecuencia	Porcentaje
San Juan Bosco	18	5,4	Secundaria	110	33%
Liceo UDENAR	14	4,2			
Liceo Central de Nariño	19	5,7			

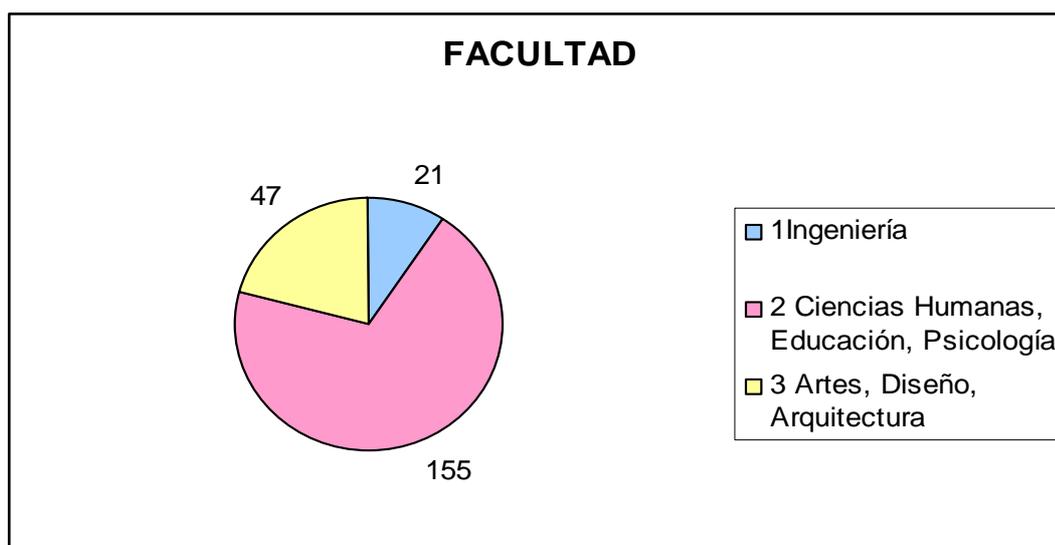
INEM	6	1,8			
Champagnat	26	7,8			
San Felipe	27	8,1			
IU.CESMAG	110	33%	Superior	223	67%
UDENAR	113	33,9%			

Por último en la tabla 3 se encuentran los datos de cursos y semestre a los cuales pertenecían los estudiantes, donde se observa que el curso donde existió mayor participación fue el grado 10° y el semestre con mayor participación fue el 1º. Por su parte, la facultad con mayor número de participantes fue la de Ciencias Humanas y Educación (ver figura 3).

**Tabla 3**

***Datos de curso y semestre.***

<b>Curso / Semestre</b>	<b>frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>10</b>	<b>65</b>	<b>19,5</b>
11	45	13,5
<b>12 (1er y 2do Semestre)</b>	<b>74</b>	<b>22,2</b>
13 (3er y 4to Semestre)	42	12,6
14 (5to y 6to Semestre)	51	15,3
15 (7mo y 8vo Semestre)	36	10,8
16 (9no en adelante)	20	6,0
<b>TOTAL</b>	<b>333</b>	<b>100</b>



*Figura 2 distribuciones según la facultad.*

### **Técnicas de Recolección de Información**

#### ***Entrevistas***

Con el fin de establecer nuevos ítems diferentes a los de la prueba original se utilizó como una de las técnicas para recoger información la entrevista semi estructurada, la cual se aplicó a personas que presentaron algún intento de suicidio y se encontraban reportados en la base de datos de la Red de reporte de Lesiones de Causa Externa, del Observatorio del Delito del Municipio de Pasto (ver anexo 1).

#### ***SIQ- HS***

Como un medio para la recolección de información y teniendo en cuenta el objetivo de la presente investigación, se hará uso del cuestionario de ideación suicida SIQ – HS; Reynolds & Mazza (1989), que en su estado original consta de 30 ítems que evalúan la frecuencia de una jerarquía de pensamientos suicidas que van desde los posibles pensamientos de desear no estar vivo, hasta pensamientos serios y específicos de matarse así mismo; de igual manera se utilizará la versión de la escala traducida por

expertos (licenciados en idiomas de la Universidad de Nariño) y a la cual se le adicionan 6 ítems creados a partir de la entrevista.

### ***Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos (CES-D).***

El CES-D es una escala de auto-reporte de 20 reactivos, diseñada para medir síntomas depresivos en la población en general. Dentro de los ítems se incluyen: ánimo depresivo, sentimientos de culpa y minusvalía, sentimientos de desesperanza y desamparo, pérdida de energía, alteraciones del sueño y el apetito, los cuales se encuentran organizados en las sub-escalas a) Afecto Depresivo (soledad, tristeza, angustia, llanto, etc.), b) Afecto Positivo (Sentirse tan bueno como los demás, esperanza, felicidad, disfrutar la vida, etc.), c) Síntomas Somáticos (agotamiento, pérdida de apetito, pérdida de sueño, cansancio, etc.) y d) Problemas Interpersonales (Sentir que la gente no es amigable, sentirse odiado, etc.). El CES-D ha demostrado consistencia interna, confiabilidad test-retest, validez concurrente y validez de constructo (Radloff, 1977). En el estudio de Villalobos-Galvis, (2006) se demostró que esta escala tiene una adecuada validez factorial y que su consistencia interna fue de un alfa de Cronbach,087.

### ***Escala de Desesperanza Beck Hopelessness (BHS)***

Esta escala consta de 22 ítems y cada una de ellas vale 1 punto y se consideran indicadores de desesperanza, hacen referencia al pesimismo futuro que siente el sujeto. La persona evaluada debe decidir sobre su veracidad (verdadero/falso). Posee buenos datos de fiabilidad y obtiene resultados positivos respecto a su validez. La escala diferencia claramente entre sujetos deprimidos y no deprimidos, su mayor utilidad es que predice el

riesgo suicida en el sujeto (Jiménez, 2002). Esta prueba fue adaptada y validada en población de estudiantes de San Juan de Pasto, demostrando una adecuada validez factorial y una alta consistencia interna alfa de Cronbach = 0,83 Villalobos-Galvis, (2006).

***Inventario de Ideación Suicida Positiva y Negativa (PANSI).***

El inventario de Ideación Suicida Positiva y Negativa (PANSI) fue creada por Muehlenkamp, Gutierrez, Osman y Barrios, 2005. Consta de 14 ítems organizados en 2 factores. Ideación suicida positiva: pensamientos protectores frente al suicidio, Ideación suicida negativa: se relaciona con pensamientos suicidas propiamente dichos. En estudios originales mostró fiabilidades altas (>0,7) en muestras multi-étnicas. Validez de constructo en su relación con medidas de: conductas suicidas, desesperanza, afecto positivo y negativo, conductas autolesivas y razones para vivir (Muehlenkamp et al., 2005). Presenta una escala de respuesta estructurada de la siguiente manera:

En las últimas dos semanas...

- Nunca
- Rara vez
- Algunas veces
- Casi siempre
- Siempre

En el estudio de Villalobos-Galvis (2006) se encontró que esta escala presenta una estructura bifactorial, con una alta consistencia interna alfa de Cronbach ,09.

***Escala de Autoestima de Rosenberg (AE)***

Esta escala se compone de 30 ítems. A raíz de un estudio realizado por Vázquez, Jiménez y Vázquez (2004) se encontró que la prueba tiene alfa de cronbach de ,087, lo que permite asumir una buena consistencia interna de la prueba. En un seguimiento de dos meses, se halló una confiabilidad test-retest de 0,72, y en otro, al año el coeficiente fue de 0,74, no existiendo diferencias significativas entre ambas aplicaciones, lo que da a entender que los datos son relativamente estables en el tiempo. De igual manera se comprueban buenas condiciones de validez de constructo.

***Escala de Apoyo Social (AS)***

Esta fue diseñada por Matud (1998) como una medida breve y de fácil aplicación de la percepción global de apoyo social disponible. Está compuesta por 12 ítems que recogen información sobre la percepción de disponibilidad de las personas que pueden prestar apoyo emocional e instrumental, así como información en las áreas personal, laboral y familiar. Para cada uno de los ítems las personas deben responder sobre las posibilidades de acceso a otras personas para que le brinden apoyo o ayuda con las necesidades afectivas, económicas, laborales, familiares, de entretenimiento y de consejo o guía. Ofrece muestras de las dimensiones de estima, información, compañía y ayuda tangible del apoyo social; todos los ítems se agrupan en un solo factor, donde el alfa de Cronbach oscila entre 0,89 y 0,91. Además de consistencia interna, la escala ha mostrado validez de constructo, pues se correlaciona de forma negativa con: depresión, ansiedad, sintomatología somática y disfunción social. También se relaciona negativamente con la percepción de los sucesos y cambios

vitales como negativos e incontrolables y con el estilo de afrontamiento del estrés de la emocionalidad; mientras que se correlaciona positivamente con el afrontamiento centrado en el problema, así como con la satisfacción con el papel y con la autoestima Matud y cols (2002) (citados por Cabrera y Castillo, 2007).

### ***Inventario de Razones para Vivir (RFL).***

El inventario de Razones para Vivir ha sido creado con el fin de evaluar las actitudes que las personas tienen en contra del suicidio. Está compuesto por 32 ítems organizados en 5 factores: Relaciones Familiares, Relaciones con Iguales, Creencias de Afrontamiento, Expectativas frente al Futuro y Autoevaluación Positiva. Evalúa creencias, expectativas y preocupaciones como atributos adaptativos o “buffers” (amortiguadores) sobre comportamientos suicidas. En estudios originales mostró fiabilidades mayores a 0,88 tanto para la escala total como para cada factor. Su validez de constructo se comprobó con relaciones a instrumentos que medían Conductas Suicidas, Probabilidad de Suicidio, Ansiedad, Desesperanza y Afecto Positivo y Negativo. (Gutiérrez, Osman, Barrios, Kopper, Baker y Haraburda, 2002).

### ***Escala de Resiliencia ante el Suicidio (IRS-25).***

Esta escala fue diseñada por Osman (2004), se compone de 25 ítems organizados en 3 factores: factores protectores internos, estabilidad emocional y factores protectores externos. En estudios originales mostró fiabilidades altas: ,096 para el total de la prueba y > ,09 para las subescalas, la escala ha mostrado validez factorial y validez discriminante al diferenciar

grupos suicidas de los No-suicidas. Tiene una escala de respuestas que oscila entre 1= completamente en desacuerdo y 6=completamente de acuerdo (ver anexo 2 batería que incluye las pruebas mencionadas anteriormente y que algunas aparecen con otro número de ítems debido a que han sido adaptadas en una muestra de estudiantes de la ciudad de San Juan de Pasto).

### ***Prueba Piloto***

Esta técnica fue llevada a cabo, de manera colectiva, por el grupo de investigación con el fin de evaluar el grado de comprensión de la prueba, las instrucciones y las opciones de respuestas; la prueba consta de 37 ítems de los cuales 6 son incluidos a partir de los resultados de las entrevistas. La aplicación de esta prueba se realizó con 32 estudiantes de colegios y universidades tanto público (as) como privados (as) de la ciudad, que accedieron a participar en la investigación, y los cuales evaluaron a partir de una escala que va de 0 a 2 (0= no se entiende, 1= se entiende, pero no es muy clara, 2= se entiende bien) las instrucciones, los ítems y las opciones de respuesta de la prueba piloto y realizar sugerencias donde consideren que existen falencias (ver anexo 3).

## **Técnicas y medios de análisis de la información**

### ***Grupo de investigación***

Creado con el fin de propiciar encuentros en donde se retroalimente el trabajo investigativo, llevado a cabo por cada integrante del grupo y en el cual cada uno de sus miembros aporta desde su conocimiento, diferentes ideas direccionadas a enriquecer el proyecto en cada una de sus partes, permitiendo así consolidar la versión final de la prueba.

### ***Plan de análisis de datos***

Se realizó por medio del programa SSPS, 13 for Windows, el cual permitió construir bases de datos y realizar los análisis estadísticos y psicométricos respectivos, tales como: análisis factorial, correlaciones bivariadas y confiabilidad.

Para buscar indicadores de confiabilidad que nos permitan verificar la consistencia interna de la prueba se trabajó con el coeficiente alfa de Cronbach.

Para abordar la validez convergente se recurrió a las escalas de Razones para Vivir (RFL), Inventario de Ideas Suicidas Positivas y Negativas (PANSI), Inventario de Resiliencia ante el Suicidio (IRS 25), Escala de Sintomatología Depresiva (CES-D), Escala de Desesperanza (BHS), Escala de autoestima (AE) y la Escala de Apoyo social (AS) para trabajar correlaciones bivariadas.

La validez factorial se abordó por medio del análisis factorial por componentes principales.

### **Procedimiento**

Para el desarrollo del presente trabajo de investigación y teniendo en cuenta el objetivo general de la investigación se dividió el procedimiento en 6 fases.

#### ***Fase Uno: Traducción.***

En esta etapa, se entregó la prueba a dos licenciados en idiomas, conocedores de la lengua inglesa, quienes realizaron la traducción de los ítems de manera independiente. El traductor debía realizar las siguientes tareas:

1. Leer el ítem, comprenderlo, pensar en lo que ello significa para la población angloparlante.

2. Pensar en cuál sería el sentido de dicha frase en español y si es culturalmente adaptable.

3. Redactar la que a su juicio, sea la mejor manera de expresar el sentido de la frase inglesa en el español cotidiano.

4. Calificar el nivel de dificultad que implicó la traducción de cada ítem, con una escala de 1 a 10 en la que 1 es mínima y 10 es máxima (ver anexo 4 tabla 4). Posteriormente se realizó una versión unificada de las traducciones independientes entregadas por los dos licenciados, la cual fue llevada a cabo por el director de la investigación.

#### ***Fase Dos: Evaluación de Jueces.***

En esta etapa, se contó con la participación de 4 profesores del Departamento de Lingüística e Idiomas de la Universidad de Nariño, con un amplio conocimiento de la lengua y la cultura anglosajona, a quienes se les presentó la versión preliminar con el fin de que determinaran:

1. Si el reactivo mantenía el sentido original planteado en la prueba en versión inglesa, para lo cual se calificaba con una escala de 1 a 5, en la que 1 era un cambio significativo en el sentido del ítem y 5 si el ítem guardaba completamente el sentido original.

2. Si el reactivo sería comprensible para el “ciudadano promedio” de la región. Se calificaba en una escala de 1 a 5, en la que 1 representaba que el ítem no sería comprendido y 5 en que sería fácilmente comprendido por un lector.

3. Sugerencias, cuando hubiera necesidad de ajustes (anexo 5 y tabla 5). En esta fase se realizó una consolidación de la versión traducida la cual implicó la definición de una versión unificada de la prueba traducida, a partir de las evaluaciones y los comentarios realizados por los jueces en la fase previa.

### ***Fase Tres: Entrevistas.***

Con el fin de identificar pensamientos suicidas propios de las personas de la región, se llevaron a cabo 14 entrevistas con sujetos que hubieran presentado al menos un intento de suicidio, a quienes se contactó a partir de los datos de la Red de reporte de Lesiones de Causa Externa, del Observatorio del Delito del Municipio de Pasto (ver anexo 1).

### ***Fase Cuatro: Redacción de Nuevos Ítems.***

A partir del análisis de la información recolectada en la fase anterior, se redactaron nuevos ítems, es decir, reactivos que por su sentido no estuvieran incluidos en el SIQ. Ello implicaría una mayor certeza en responder a las características socioculturales y psicológicas de las personas de la región. En virtud de lo anterior se crearon 6 nuevos reactivos (ver fase 4 en resultados). Posteriormente se realizó una consolidación de la versión de prueba piloto la cual se realizó de manera colectiva, por el grupo de investigación e implicó la fusión de los nuevos ítems determinados en esta fase, con la versión unificada de la prueba traducida obtenida en la fase dos.

### ***Fase Cinco: Pilotaje.***

Con el fin de evaluar el grado de comprensión que de la versión piloto podrían llegar a tener las personas de la ciudad, se realizó un pilotaje con 32

estudiantes de colegios y universidades de la ciudad, quienes debían evaluar las instrucciones, los ítems y las opciones de respuesta de la prueba piloto. A partir de los datos obtenidos se encontró que 6 ítems de la escala original y 5 de los nuevos ítems no eran comprensibles para los estudiantes, razón por la cual se optó por eliminarlos (ver fase 5 en resultados). Con base en los elementos de análisis ofrecidos por los datos del pilotaje, se ajustaron y aceptaron 25 ítems, con los cuales se definió la versión de prueba definitiva (ver anexo 6).

### ***Fase Seis: Aplicación y Análisis de la versión definitiva.***

Esta etapa del estudio implicó la colaboración de diversas instituciones educativas de la ciudad para aplicación de los instrumentos. En cada institución se seleccionaron al azar grupos consolidados (cursos o semestres) a quienes se les brindó la información sobre el trabajo de investigación y las personas que manifestaron su interés por participar en el estudio, se les hizo entrega del formato de consentimiento informado para padres de familia (ver anexo 7) y asentimiento informado para menores de edad (ver anexo 8), los cuales una vez diligenciados permitieron la entrega de la prueba para su posterior diligenciamiento. En esta etapa se digitalizaron los datos que se obtuvieron a partir de la aplicación de la prueba, se construyó una base de datos para realizar los siguientes análisis estadísticos y psicométricos:

1. Validez Factorial
2. Consistencia Interna
3. Validez Concurrente
4. Diferencias de puntajes directos por variables de clasificación

5. Distribuciones de puntajes directos de acuerdo con variables de clasificación relevantes.

El análisis estadístico de la información se llevó a cabo por medio del paquete estadístico SPSS, 13 for windows.

## RESULTADOS

### Equivalencia Cultural

#### *Fase Uno: Traducción*

A partir de la evaluación realizada por los dos traductores que en este caso eran licenciados en idiomas de la Universidad de Nariño. Se observó según el primer traductor, que a partir de los parámetros establecidos para la evaluación de los ítems, aparecen los ítems 5 (imaginé gente que moría), 23 (Tenía la idea de que me ocurriera un accidente grave) 27 (pensaba que si me suicidaba la gente se daría cuenta de que debieron preocuparse por mí) y 31 (deseaba tener el derecho de suicidarme) con un nivel 10 el cual representa un nivel máximo de dificultad, que de acuerdo a la traducción que realizó se puede observar que las palabras recurrente para este caso son pensó, deseaba, tenía; sin embargo en el segundo traductor se observó que los ítems presentan una calificación entre 1 y 3 y que ninguno según su criterio presenta un nivel máximo de dificultad. Cabe mencionar que en este caso las palabras recurrentes son: pienso, desearía; con lo cual se plantea que cada traductor aporta desde sus conocimientos y que cada uno le da el sentido que considera pertinente.

#### **Tabla 4**

##### ***Informe de traducción.***

Ítem	INGLES	1er. Traductor	DIF.	2do. Traductor	DIF
1	I thought it would be better I was not alive	Pensaba que sería mejor si no estuviera vivo.	2	Pienso que sería mejor si no estuviera vivo.	1
2	I thought about killing myself	Pensé en suicidarme	2	He pensado en suicidarme	1
3	I thought about how I	Pensé en como	2	Pienso en como	1

	would kill myself	me suicidaría		podría suicidarme	
4	I thought about when to kill myself	Pensé en cuando podría suicidarme	2	Pienso cuando podría suicidarme	1
5	I thought about people dying	Imaginaba gente que moría	10	Pienso en cómo se muere la gente	1
6	I thought about death	Pensaba en la muerte	3	Pienso en la muerte	1
7	I thought about what to write in a suicide note	Pensé en que escribir en una nota suicida	2	Pienso en lo que debo escribir en una nota de suicidio	1
8	I thought about writing a will	Pensé en escribir un testamento	4	Pienso en escribir un testamento	1
9	I thought about telling people I plan to myself	Pensé en decirle a la gente que me suicidaría	2	Pienso en decirle a la gente que voy ha suicidarme	3
10	I thought about how people would feel I killed myself	Pensé en como se sentiría la gente si me suicidara	2	Pienso en cómo se sentiría la gente si me suicidara	3
11	I wished were dead	Sentía que prefería estar muerto	3	Desearía estar muerto	1
12	I thought that killing myself would solve my problems	Pensaba que si me suicidaba resolvería mis problemas	1	Pienso que suicidándome resolvería mis problemas	1
13	I wished that I had never been born	Sentía que prefería nunca haber nacido	3	Desearía nunca haber nacido	1
14	I thought that no one cared if I live or I died	Pensaba que a nadie le importaba si estaba vivo o muerto	2	Pienso que a nadie le importaba si vivo o muero	1
15	I thought that others would be happier if I was dead	Pensaba que los demás estarían felices si yo estuviera muerto	2	Pienso que los demás serían más felices si estuviera muerto	3
16	I thought that people would be happier if I were not around	Pensaba que los demás estarían mejor sin mí.	2	Pienso que las gente sería más feliz si no estuviera con ellos	1
17	I thought about how easy it would be to end it all	Pensaba en lo fácil que sería acabar con todo	2	Pienso qué tan fácil sería si todo llegara a su fin	2
18	I thought that others would be better off if I	Pensaba que los demás	3	Pienso que la gente estaría	1

	was dead	estarían mejor si estuviera muerto		mucho mejor si estuviera muerto	
19	I wished I had never to kill myself	Deseaba tener el valor suficiente para suicidarme	3	Desearía tener agallas para suicidarme	1
20	I thought if I had the chance I kill myself	Pensaba en que si tuviera la oportunidad, me suicidaría	2	Pienso que si tuviera la oportunidad de suicidarme lo haría	1
21	I thought about ways people kill themselves	Pensaba en las maneras en cómo otros se suicidan	4	Pienso en las formas de cómo la gente se suicida	1
22	I thought about killing myself, but would not do it	Pensaba en suicidarme pero no lo haría	4	Pienso en suicidarme pero no lo haría	1
23	I thought about having a accident	Tenía la idea de que me ocurriera un accidente grave	10	He pensado en tener un accidente fatal	2
24	I thought that life was not worth living	Pensaba que la vida no valía la pena	2	Pienso que la vida no tiene ningún valor	3
25	I thought that my life was too rotten to continue	Pensaba en que había cometido muchos errores como para seguir viviendo	3	Pienso que mi vida está arruinada para seguir viviendo	3
26	I thought that the only way to be noticed is to kill myself	Pensaba que la única manera de que me presten atención era suicidándome	2	Pienso que la única forma de llamar la atención es suicidándome	2
27	I thought that I killed myself people would realize I was worth caring about	Pensaba que si me suicidaba la gente se daría cuenta de que debieron preocuparse por mí	10	Si me suicido la gente se daría cuenta que yo valía la pena	3
28	I thought about hurting myself but not really killing myself	Pensé en causarme daño pero no en suicidarme	4	He pensado en lastimarme, mas no en suicidarme	1
29	I wondered if I had the nerve to kill myself	Me preguntaba si tenía el valor para suicidarme	4	Me pregunto si tendría las agallas para suicidarme	1
30	I thought that if things	Pensaba que si	3	Pienso que si las	1

	did not get better I would kill myself	las cosas no mejoraban me suicidaría		cosas no mejoran me suicidaría
31	I wished that I had the right to kill myself	Deseaba tener el derecho de suicidarme	10	Desearía tener el derecho de acabar con mi vida

### ***Fase dos: Evaluación de jueces versión unificada en español***

Con relación a la versión unificada en español, enviada a 4 profesores del Departamento de Lingüística e Idiomas de la Universidad de Nariño, con un amplio conocimiento de la lengua y la cultura anglosajona, se encuentra que todos los ítems presentan tanto en sentido como en comprensión un promedio igual o superior a 4,5; sin embargo se realizaron sugerencias por parte de los cuatro jueces que evaluaron el proceso, dentro de las cuales se encuentran que la palabra “todo” no aparece en inglés, “quería” en lugar de “deseé”, “valentía” en vez de “coraje”, Cambiar la palabra “happier” por “better”, entre otras.

**Tabla 5**

### ***Informe versión unificada en español.***

Ítem	Versión unificada Español	Sentido (promedio)	Comprensión (promedio)	Sugerencias
1	Pensé que todo sería mejor si yo no estuviera vivo	4,5	4,5	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ La palabra <u>todo</u> no aparece en Inglés</li> <li>▪ La palabra <u>todo</u> no aparece en la oración en inglés</li> </ul>
2	Pensé en suicidarme	5	5	
3	Pensé en cómo podría suicidarme	4,7	4,7	Pensé en cómo me suicidaría
4	Pensé en cuando podría suicidarme	4,7	4,7	Pensé en cuando me

				suicidaría
5	Imaginé a gente que moría	4,2	4,5	Pensé en gente muriendo Pensé en cómo muere la gente
6	Pensé en la muerte	5	5	
7	Pensé en que escribir en una nota de suicidio	4,7	4,7	Pensé en que escribir en la nota que dejaría al suicidarme
8	Pensé en escribir un testamento	5	5	
9	Pensé en decirle a la gente que planeo suicidarme	4,7	4,7	Pensé en contarle a la gente...
10	Pensé en cómo se sentiría al gente si yo me suicidara	5	5	
11	Desee estar muerto	5	4,5	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ La traducción podría ser, “quería estar muerto”</li> <li>▪ La traducción podría mejorar con quería en lugar de “Deseé”</li> </ul>
12	Pensé que si me suicidaba se resolverían mis problemas	5	5	
13	Deseé no haber nacido nunca	5	4,7	Deseé nunca haber nacido
14	Pensé que a nadie le importaba si yo estaba vivo o muerto	5	4,5	“pensé que a nadie le importaba si vivía o moría”. (2)
15	Pensé que los demás se sentirían mas felices si yo estuviera muerto	5	5	
16	Pensé que los demás estarían mejor sin mí	4,5	4,5	Cambiar la palabra “happier” por “better”

17	Pensé en lo fácil que sería que todo llegara a su fin	4,7	5	Pensé en lo fácil que sería acabar con todo
18	Pensé que los demás estarían mejor si yo estuviera muerto	5	5	
19	Deseé tener el coraje para suicidarme	5	5	De pronto mejor “la valentía”
20	Pensé que si tuviera la oportunidad de suicidarme, lo haría	4,5	4,5	Traducción: I thought if I had the chance to kill myself I will do it
21	Pensé en las formas cómo la gente se suicida	4,5	4,5	I thought about <u>some</u> ways people kill themselves
22	Pensé en suicidarme pero no lo haría	4,2	4	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ I thought about killing myself, but I would not do it</li> <li>▪ Pensé en suicidarme, pero también en que no lo haría</li> </ul>
23	Pensé en tener un accidente grave	5	5	
24	Pensé que no valía la pena vivir	5	5	
25	Pensé que mi vida está tan mal, que no vale la pena seguir viviendo	4,2	4,5	I thought that my life was too rotten to continue <u>living</u>
26	Pensé que la única manera de que me presten atención es suicidándome	5	5	
27	Pensé que si me suicidaba, los demás se darían cuenta de que debieron preocuparse por mí	4,5	4,5	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Pensé que si me suicidaba, los demás se darían cuenta de que yo merecía que</li> </ul>

				me cuidaran y se preocuparan por mí
				▪ ...que valía la pena preocuparse por mí”
28	Pensé en hacerme daño a mí mismo, mas no en suicidarme	4,5	4,7	Pensé en hacerme daño, mas no en suicidarme
29	Me pregunté si tenía las agallas suficientes como para suicidarme	5	5	
30	Pensé que si las cosas no mejoraban, me suicidaría	5	5	
31	Deseé tener el derecho de acabar con mi vida	5	5	
<b>Total</b>		<b>9,5</b>	<b>4,8</b>	

De acuerdo con la anterior información se puede conocer la equivalencia que se presenta entre la escala original y la adaptada, ya que los ítems a pesar de la traducción no pierden su sentido original, son culturalmente adaptables y comprensibles de acuerdo a las calificaciones que presentan los traductores en cuanto al nivel de dificultad y los jueces en relación al sentido y comprensión.

### **Identificación de Ideas Suicidas Adicionales**

#### ***Fase tres: Entrevistas***

A partir de los datos suministrados por la Red de reporte de Lesiones de Causa Externa, del Observatorio del Delito del municipio de Pasto se localizaron 14 personas que habían tenido al menos un intento de suicidio, durante el periodo comprendido entre Marzo y Abril de 2006, de los cuales 9

pertenecían al género femenino y 5 al género masculino. Sus edades oscilaban entre los 13 y 25 años de edad, pertenecían a estratos 2 y 3, y se encontraban cursando la secundaria y universidad. El tipo de lesión más recurrente fue la ingesta de pastillas y el género que presentó mayor número de intentos de suicidio fue el femenino. La información que se obtuvo de la aplicación de las entrevistas fue grabada individualmente para facilitar el análisis de las mismas. Después de escuchar y transcribir la información obtenida con las entrevistas, se organizaron las ideas que más se presentaron en los 14 sujetos entrevistados y que por su información permitieran la redacción de ítems para incluirlos en la prueba SIQ-HS 25.

Los 14 sujetos entrevistados en centros hospitalarios de la ciudad, o en sus domicilios accedieron a participar en la aplicación de la entrevista después de expresar su aceptación por medio de un consentimiento (ver anexo 9), el cual firmaba el participante que contara con la mayoría de edad o madre / padre en caso tal de que fuera menor de 18 años.

Con la realización de las entrevistas se encontró que los 14 sujetos participantes no recordaban cuándo empezaron a considerar la idea del suicidio, mencionando los problemas familiares y académicos como los principales eventos o situaciones que los llevaron a intentar suicidarse. Sostienen que planearon el suicidio con anticipación; escogían el método utilizado por ser económico y encontrarlo a su alcance. Los sujetos entrevistados mencionaban que el suicidio sería el único medio que les ayudaría a acabar con sus problemas; buscando con esto llamar la atención por parte de sus familiares y / o pareja.

Deseaban o imaginaban morir, esto como única alternativa para sentirse mejor tanto ellos como sus familiares, con lo cual sustentaban también que se acabarían los problemas que según ellos causaban a sus seres queridos y que a raíz de esa situación las cosas cambiarían en su familia o con la pareja.

Los 14 sujetos mencionaban en apartes de la entrevista que imaginaban cómo sería su muerte, velorio, entierro y a sus seres queridos llorando por lo que había sucedido y culpándose entre ellos por no haber actuado a tiempo. Al realizarles la pregunta durante el acto suicida ¿qué cosas pasaron por tu cabeza? ¿Qué pensabas? ¿Qué deseabas? ¿Qué imaginabas?, estos ratificaron lo dicho anteriormente con relación a que se acabarían sus problemas, los familiares ya no tendrían por qué preocuparse ya que estos se consideraban como los causantes de todo “lo malo” que sucedía en casa, deseaban la muerte antes que cualquier otra alternativa.

En el momento de la entrevista los 14 sujetos reflexionaron acerca de lo que habían vivido y lo tomaron como una experiencia que no volverían a considerar, ya que existen muchas alternativas de solución como el diálogo con personas cercanas, o la ayuda profesional.

#### ***Fase cuatro: redacción de nuevos ítems***

A partir de los datos suministrados en las entrevistas aplicadas a los 14 sujetos y que fueron recurrentes se crearon los siguientes ítems:

1. Deseé morir
2. Pensé que con mi muerte las cosas iban a cambiar para mis seres queridos
3. Creí que si moría los demás no tendrían más problemas

4. Pensé que si moría, me iba a sentir mejor
5. Imaginé a mis seres queridos llorando por mi muerte
6. Me imaginé a mi mismo muerto.

### **Evaluación de la comprensión de la escala**

#### ***Fase cinco: pilotaje***

A partir de la realización del pilotaje cuyo objetivo fue conocer el grado de comprensión que de la versión piloto podría llegar a tener la población y con el fin de realizar una versión final de la prueba a partir de las observaciones realizadas por los participantes, se llevó a cabo en instituciones educativas de la ciudad la aplicación de la prueba piloto, en donde se les solicitaba a 32 estudiantes que evaluaran los ítems, las instrucciones y las opciones de respuestas con una escala de 0 a 2 donde 0= no se entiende, 1= se entiende, pero no es muy claro y 2= se entiende bien.

Para el análisis de la información obtenida en el pilotaje fue creada una base de datos a partir del programa Excel en la que se ingresaron los datos generales (edad, género, colegio o universidad y las calificaciones que los estudiantes les daban a las instrucciones, ítems y opciones de respuestas).

A partir de esto se observó que las instrucciones y las opciones de respuestas fueron comprensibles para los estudiantes.

Los ítems 5, 7, 12, 17, 19, 23, 26, 27, 29 y 31 correspondientes a la prueba original deberían ser revisados para ser cambiados o eliminados de la prueba debido a la baja calificación que tienen tanto en hombres como mujeres y estudiantes de universidad y colegios.

Con relación a los 6 ítems que se incluyeron a partir de los resultados de las entrevistas se encontró que 5 (32, 33, 34, 35, 37) de ellos deberían ser eliminados de la prueba, por que estos no fueron comprensibles para la muestra del pilotaje.

Con los resultados obtenidos de la evaluación de los ítems se llega a la conclusión que los 37 ítems de la versión de pilotaje se reducen a 25 para la versión final de la prueba (ver anexo 6).

**Tabla 6**

***Resultados de la aplicación del pilotaje realizado en las instituciones.***

<b>IS</b>	<b>TOTAL</b>	<b>HOMBRES</b>	<b>MUJERES</b>	<b>BACHILLER</b>	<b>UNIVERSIDAD</b>
Instrucciones	REGULAR	OK	MALO	REGULAR	OK
IS-1	REGULAR	REGULAR	REGULAR	REGULAR	REGULAR
IS-2	OK	REGULAR	OK	REGULAR	OK
IS-3	OK	MALO	OK	MALO	OK
IS-4	REGULAR	REGULAR	OK	REGULAR	OK
IS-5	MALO	MALO	MALO	MALO	REGULAR
IS-6	REGULAR	REGULAR	REGULAR	MALO	OK
IS-7	MALO	MALO	MALO	MALO	MALO
IS-8	OK	MALO	OK	MALO	OK
IS-9	REGULAR	MALO	OK	REGULAR	OK
IS-10	OK	OK	OK	OK	OK
IS-11	OK	MALO	OK	REGULAR	OK
IS-12	MALO	MALO	REGULAR	MALO	REGULAR
IS-13	OK	REGULAR	OK	REGULAR	OK
IS-14	OK	OK	OK	OK	OK
IS-15	MALO	MALO	REGULAR	MALO	OK
IS-16	OK	REGULAR	OK	REGULAR	OK

IS-17	MALO	MALO	REGULAR	MALO	OK
IS-18	OK	OK	OK	OK	OK
IS-19	MALO	MALO	OK	MALO	MALO
IS-20	REGULAR	MALO	OK	OK	REGULAR
IS-21	REGULAR	REGULAR	OK	REGULAR	REGULAR
IS-22	OK	OK	OK	OK	OK
IS-23	MALO	MALO	OK	MALO	MALO
IS-24	OK	MALO	OK	MALO	OK
IS-25	REGULAR	MALO	OK	REGULAR	OK
IS-26	MALO	MALO	REGULAR	REGULAR	MALO
IS-27	MALO	MALO	MALO	MALO	MALO
IS-28	REGULAR	REGULAR	OK	REGULAR	REGULAR
IS-29	MALO	MALO	OK	MALO	MALO
IS-30	REGULAR	REGULAR	OK	REGULAR	OK
IS-31	MALO	MALO	MALO	MALO	MALO
IS-32	MALO	MALO	OK	MALO	MALO
IS-33	MALO	MALO	OK	MALO	OK
IS-34	MALO	MALO	REGULAR	MALO	OK
IS-35	MALO	MALO	MALO	MALO	MALO
IS-36	OK	MALO	OK	REGULAR	OK
IS-37	MALO	MALO	MALO	MALO	OK
N	37	37	37	37	37
<b>OK</b>	<b>32,4</b>	<b>10,8</b>	<b>64,9</b>	<b>13,5</b>	<b>59,5</b>
<b>Regular</b>	<b>24,3</b>	<b>24,3</b>	<b>18,9</b>	<b>35,1</b>	<b>16,2</b>
<b>Malo</b>	<b>43,2</b>	<b>64,9</b>	<b>16,2</b>	<b>51,4</b>	<b>24,3</b>

## Aplicación y análisis de la versión definitiva

### *Fase seis: Propiedades Psicométricas*

#### **Validez Factorial**

Con los datos del KMO se concluyó que era pertinente realizar el análisis factorial exploratorio para toda la muestra, ya que este se acerca a 1. Por su parte, la prueba de Esfericidad de Bartlett es significativa, en todos los casos, lo cual ratifica que es adecuado realizar el análisis factorial (ver tabla 7).

#### **Tabla 7**

##### **Comprobación de la aplicabilidad del análisis factorial.**

KMO	Prueba de Esfericidad de Bartlett		
	Chi-cuadrado	Grados de libertad	significancia
0,949	7354	253	,000

Con relación a la tabla 8, la cual nos indica los datos de comunalidades de los ítems, se encontró que estos presentaron valores mayores a 0,50; el ítem que presentó la mínima comunalidad fue el 17 con un valor de 0,494 y el de mayor valor fue el 13 con 0,851.

Cabe mencionar que en un análisis previo se demostró que los ítems 5 y 6 correspondientes a la prueba SIQ-HS presentaron bajas comunalidades (menores a 0,2) con lo que se disminuía confiabilidad, por lo cual se decidió eliminarlos previamente para este análisis.

**Tabla 8****Datos sobre comunalidades.**

<b>Ítems</b>	<b>Comunalidad</b>
SIQ 1	,656
SIQ 2	,743
SIQ 3	,825
SIQ 4	,767
SIQ 7	,649
SIQ 8	,724
SIQ 9	,733
SIQ 10	,756
SIQ 11	,751
SIQ 12	,847
<b>SIQ 13</b>	<b>,851</b>
SIQ 14	,721
SIQ 15	,794
SIQ 16	,579
<b>SIQ 17</b>	<b>,494</b>
SIQ 18	,821
SIQ 19	,847
SIQ 20	,527
SIQ 21	,675
SIQ 22	,542
SIQ 23	,654

SIQ 24	,665
SIQ 25	,588

El criterio que se tuvo en cuenta para la selección del mínimo número de factores explicativos fue el de la varianza explicada. En este sentido se optó por una solución unifactorial ya que el primer factor explicaba el 58,2% con un valor propio de 13,4. Por su parte, el segundo factor sólo llega a explicar el 6,5% de la varianza, lo cual implica que su aporte es 8 veces más pequeño que el primero, razón por la cual se consideró que este porcentaje adicional de varianza explicada puede ser despreciable. En la figura 3 se muestra la diferencia que existe entre el primer factor y los siguientes, en términos de valores propios.

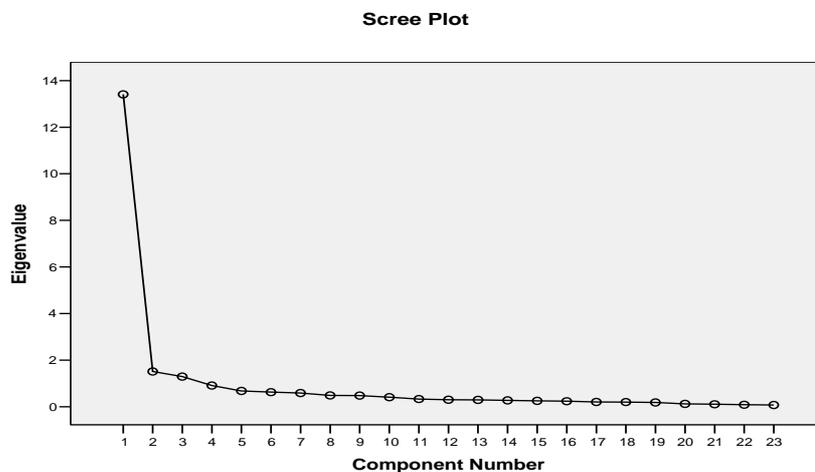


Figura 3 Grafico de Caída.

### ***Validación de los hallazgos factoriales***

Con el fin de validar los hallazgos de la muestra completa, se realizaron sendos análisis factoriales en sub-grupos de ella. Así pues, se analizaron los datos de KMO para los grupos de hombres, mujeres,

bachillerato y universidad y se concluyó que era pertinente realizar el análisis factorial para cada uno de ellos (véase tabla 9).

**Tabla 9**

**Datos KMO por grupos poblacionales.**

Grupo	KMO	Prueba de Esfericidad de Bartlett		
		Chi-cuadrado	Grados de libertad	Significancia
Hombres	,900	3150	253	,000
Mujeres	,946	4391	253	,000
Bachillerato	,907	3042	253	,000
Universitarios	,906	4721	253	,000

Para el grupo de hombres las comunalidades presentaron valores mayores a 0,48. Aquí el ítem que presentó una mayor comunalidad fue el 19 con un valor de 0,855. Para el caso de las mujeres, se presentaron valores mayores a 0,49 y el ítem con un valor mayor de comunalidad fue el 13 con 0,888. Para la muestra de bachillerato los ítems presentaron valores mayores a 0,60 donde se observó que el ítem 3 presentó un valor de 0,901 que en este caso fue el mayor. Por último los ítems para la muestra de universitarios mostraron valores mayores a 0,45 siendo el ítem 13 el que presentó un valor de 0,828 que en comparación con los otros es el mayor.

De igual forma se observa el carácter unifactorial de la solución en todas las sub-muestras. Nótese que los segundos factores son entre 5 y 8 veces más pequeños que los primeros, ratificando la importancia de la solución unifactorial (ver tabla 10).

**Tabla 10****Datos de varianza y valor propio por grupo.**

Grupo	Varianza 1er Factor	Valor Propio	Varianza 2do Factor
Hombres	51,4%	11,8	9,6%
Mujeres	60,1%	13,8	6,9%
Bachillerato	61,7%	14,1	6,9%
<i>Universidad</i>	55,4%	12,7	7,1%

De acuerdo a lo anterior se plantea que el carácter unifactorial de la escala reducida se mantuvo por grupos, es decir que se replicó lo hallado para la muestra total.

**Confiabilidad**

Se calculó el coeficiente alpha de Cronbach's para el cuestionario SIQ-HS-23, que en este caso fue de 0,966, lo cual indica una alta correlación de los ítems con el resto de la escala.

De igual forma, la estadística que se realiza a los ítems que componen la prueba, mostró una alta correlación de estos con el total de la prueba aunque se observó que la mínima correlación se encuentra en el ítem 20 con valor de ,524 y la máxima en el ítem 19 donde su valor fue de ,848; el alfa de Cronbach's de cada uno de estos no aumenta en caso tal de eliminar un ítem de la prueba, con lo cual se concluye que la prueba está bien términos de su consistencia interna (ver tabla 11).

Tabla 11

## Datos estadística de ítems, correlación - Alpha de Cronbach's.

Ítem	Correlación del ítem con el total de la prueba	Alpha de Cronbach si el ítem fuera borrado
SIQ 1	,775	,964
SIQ 2	,758	,964
SIQ 3	,751	,964
SIQ 4	,710	,965
SIQ 7	,716	,965
SIQ 8	,823	,964
SIQ 9	,835	,963
SIQ 10	,780	,964
SIQ 11	,747	,964
SIQ 12	,821	,964
SIQ 13	,827	,963
SIQ 14	,802	,964
SIQ 15	,813	,964
SIQ 16	,608	,966
SIQ 17	,643	,965
SIQ 18	,831	,963
<b>SIQ 19</b>	<b>,848</b>	<b>,963</b>
<b>SIQ 20</b>	<b>,524</b>	<b>,966</b>
SIQ 21	,533	,966
SIQ 22	,585	,966

SIQ 23	,786	,964
SIQ 24	,749	,964
SIQ 25	,576	,966

### ***Validez Concurrente***

Tal como se explica en la metodología, la validez del cuestionario SIQ-HS-23 se demostraría en caso de que se presenten correlaciones significativas con otras escalas que midan variables relacionadas teóricamente con la ideación suicida, a saber: depresión, desesperanza, apoyo social, autoestima, razones para vivir, resiliencia ante el suicidio e ideas suicidas.

Para conocer los puntajes en cuanto a correlaciones de la prueba SIQ-HS con otras pruebas que miden variables asociadas a la ideación suicida se creó la variable SIQ-HS 23 (con la suma de los puntaje de los 23 ítems); para ello se hizo uso del coeficiente de correlación por rangos de Spearman, el cual permite determinar la correlación de datos de carácter ordinal midiendo la concordancia o discordancia entre las clasificaciones.

Tal como se presenta en la tabla 12, los puntajes de la escala SIQ-HS-23 tienen relaciones positivas con Ideas Suicidas Positivas y Negativas (PANSI), Depresión (CES-D) y Desesperanza (BHS) y relaciones negativas con Razones para vivir (RFL), Resiliencia ante el Suicidio (IRS-25), Autoestima (AE) y Apoyo Social (AS).

**Tabla 12****Correlación del SIQ-HS-23 con variables de validación.**

<b>Pruebas</b>	<b>Correlación</b>	<b>Coefficiente</b>
RFL	Significativa (,000)	-,534
PANSI	Significativa (,000)	,499
IRS 25	Significativa (,000)	-,440
CES-D	Significativa (,000)	,544
BHS	Significativa (,000)	,395
AE	Significativa (,000)	-,394
AS	Significativa (,000)	-,593

A partir de estos datos se concluye que las correlaciones que existen entre estas variables y la Ideación Suicida son altamente significativas ( $p<,001$ ) y que están en la dirección que plantea la teoría.

***Diferencias en los puntajes directos de acuerdo con las variables de clasificación***

Para analizar el impacto que pueden llegar a tener las variables de clasificación (género, edad, sector, nivel y curso) sobre los puntajes directos de SIQ-HS-23, se describen la media, mediana, desviación estándar, rangos con sus respectivas medias y la estadística del test donde se pueden observar el Chi cuadrado, los grados de libertad y la significancia; este análisis se realizó por medio de la prueba de Kruskal-Wallis la cual permite la comparación entre dos a más grupos.

En la variable de clasificación género se observa que para los hombres, la media, la mediana, la desviación estándar y la media de rangos

de la prueba Kruskal-Wallis es menor que para las mujeres. El estadístico de prueba resultó significativo, razón por la cual se asume que los puntajes directos se distribuyen de manera diferente según el género de la persona, ubicando a las mujeres como el grupo con mayores frecuencias en la presencia de la ideación suicida (ver tabla 13).

**Tabla 13**

**Estadísticas descriptivas de los puntajes directos de acuerdo con género.**

Género	Media	Mediana	Desviación estándar	Media de rangos	Chi cuadrado	Grados de libertad	significancia
Hombres	6,24	2,00	10,554	143,08			
Mujeres	13,05	5,50	16,831	186,84	17,548	1	,000
Total	9,96	4,00	14,708				

Para las demás variables de clasificación, a saber: edad, curso- semestre, sector y nivel, no se hallaron diferencias significativas en los puntajes de la prueba SIQ-HS-23.

***Distribución de puntajes directos de acuerdo con género***

Como se comentó arriba, se justifica realizar el análisis descriptivo de los datos SIQ-HS 23 por género ya que fue la única variable que presentó diferencias significativas a una  $p < 0,0001$ , en la prueba Kruskal-Wallis.

La siguiente tabla muestra los puntajes directos para la muestra total, así como para hombres y mujeres, y su ubicación según el percentil calculado. La distribución de puntajes en categorías se basa en una división por quintiles, así: Mínima (Percentiles menores o iguales a 20), Leve (Percentiles 21 a 40), Moderada (Percentiles 41 a 60), Alta (Percentiles 61 a

80) y Severa (Percentiles mayores a 80). Esta tabla permite la comparación de los puntajes directos entre hombres y mujeres y su respectiva interpretación al aplicar la prueba (ver tabla 14).

Los puntajes incluidos en la tabla 13 nos permiten observar que cuando una persona puntúe a partir de 1, se debe considerar como una situación de alerta, pues en cualquier caso se supera a un 20% de la muestra.

De igual forma, se hacen evidentes las diferencias entre los puntajes de hombres y mujeres. Así, por ejemplo, si un hombre obtiene 5 puntos, va a estar ubicado en el percentil 65 (categoría alta); sin embargo una mujer con el mismo puntaje se encontrará apenas en el percentil 50 (categoría moderada).

De acuerdo con esto, se demuestra entonces que es importante atender a las diferencias de género a la hora de evaluar los resultados que se obtengan en el cuestionario SIQ-HS-23.

**Tabla 14**

**Distribución por Percentiles**

Categoría	Percentil	Puntajes		
		Total	Hombres	Mujeres
Mínima	5	0	0	0
	10			
	15			
	20			
Leve	25			1
	30	1		2
	35			3
	40	2	1	4

<b>Moderada</b>	45	3	2	
	50	4		5 - 6
	55	5	3	7 - 8
	60	6 - 7		9 - 11
<b>Alta</b>	65	8	4	12 - 14
	70	9 - 12	5 - 6	15 - 16
	75	13 - 15	7	17 - 18
	80	16 - 17	8 - 10	19 - 21
<b>Severa</b>	85	18-21	11 - 16	22 - 33
	90	22-32	17 - 21	34 - 42
	95	33-92	22 - 92	43 - 92
<b>Media</b>		9,96	6,4	13,05
<b>Mediana</b>		4,00	2,00	5,50
<b>Desviación típica</b>		14,708	10,554	16,831
<b>Mínimo</b>		0	0	0
<b>Máximo</b>		87	65	87
<b>Número de casos</b>		333	151	182

## DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

El adaptar y traducir un test de una cultura a otra implica la responsabilidad de presentar a la comunidad profesional un instrumento sometido a los parámetros establecidos para su aplicación.

De acuerdo con lo anterior la presente investigación buscó identificar las características psicométricas del cuestionario de Ideación Suicida SIQ-HS en una muestra de jóvenes escolarizados de la ciudad de San Juan de Pasto y tuvo como fin brindar un instrumento adaptado a las condiciones socioculturales de la región. Para ello fue necesario desarrollar la investigación en varias etapas guardando siempre la coherencia de los objetivos con el procedimiento establecido para la consecución de la misma.

La evaluación que realizan los jueces con relación a los ítems permitió conocer la equivalencia cultural que hubiera entre la escala original y la adaptada; pues a pesar de la traducción, los ítems no perdieron su sentido original con lo cual serían comprensibles para la muestra objeto de estudio. Con lo anterior se fundamenta lo planteado por Muñiz y Hambleton (2000) los cuales sostienen que a la hora de adaptar un test se debe tener en cuenta el contexto sociocultural en el que están incluidas las personas, ya que la mayor parte de los constructos utilizados en psicología tienen conexiones con los aspectos culturales de las personas evaluadas y por ende se debe comprobar que el constructo evaluado sea equiparable en ambas culturas, para lo cual se seleccionan traductores que dominen los dos idiomas y que estén familiarizados con las culturas implicadas.

Con la aplicación de las entrevistas se pudo identificar ideas suicidas no incluidas en la prueba SIQ con lo cual queda claro la presencia de estas

ideas en la muestra clínica, las cuales explicarían que el hecho de tener ideas relacionadas con la propia muerte es un antecedente significativo para un posible intento suicida González – Forteza, Berenzon, Tello, Flores y Medina (1998).

La realización del pilotaje permitió conocer la información acerca del grado de comprensión de la prueba piloto para realizar una versión final de la misma, pues tal y como lo plantean Allalouf y Sireci (1998), los juicios de los traductores no son suficientes para aceptar que un test se ha adaptado correctamente y se deben tener en cuenta además datos empíricos acerca del funcionamiento de la nueva versión adaptada, encontrándose con frecuencia problemas y dificultades que eran difícilmente previsibles mediante los meros análisis racionales. Además Ellis y Mead (citados por Muñiz y Hambleton 2000) sostienen que en el estudio piloto además de aplicar el test hay que entrevistar a los examinados y recoger información acerca de este, instrucciones, tiempo de trabajo, etc. Sugieren también que si hubiese discrepancias sobre cuál es la mejor traducción de ciertos ítems, se podrían someter a prueba en el estudio piloto y tomar la decisión en función de los resultados. A partir de los resultados obtenidos en la evaluación de los ítems y donde se realizó una revisión ítem por ítem que permitiera eliminar fluctuaciones aleatorias para obtener reactivos que reflejaran los aspectos evaluados por la prueba (Brown, 1999) se llegó a la conclusión que de 37 ítems que conformaron la versión pilotaje se redujo a 25 con lo cual se dejó una versión final de prueba para su posterior aplicación.

Con relación a los 6 ítems que se incluyeron a partir de la información contenida en las entrevistas se encontró que 5 de estos ítems no fueron comprensibles para dicha muestra y se eliminaron de la prueba; ya que la información depositada en cada uno de los ítems se referían a situaciones no comunes o que no reflejaban el pensar de la muestra a la cual se le aplicó la prueba. Esto es coherente con lo propuesto por González – Forteza et al, (1998) a partir de un estudio realizado con estudiantes y mujeres hospitalizadas por intento suicida: que los estudiantes presentan pensamientos más generales y fantasías en torno a la muerte, sin embargo las personas clínicas presentan pensamientos más concretos de pensar en matarse; lo cual involucra un tipo de pensamiento más elaborado que implica probablemente planeación y método de suicidio. Este panorama indica que en lo que al constructo cognoscitivo Ideación Suicida se refiere, parece que existen niveles de severidad y por tanto de riesgo hacia el acto suicida. O como lo plantean Linehan, Goodstein, Nielsen y Chiles (1983), al afirmar que los individuos suicidas, comparados con los no suicidas, carecen de creencias positivas y expectativas en vida y tienen menos preocupaciones con respecto a las consecuencias del suicidio para su entorno social. Con lo anterior se sustenta que la información con la cual se crearon estos 5 ítems fue común en la muestra clínica a la cual se le aplicaron las entrevistas, pero resultaban incomprensibles para la muestra no-clínica.

El análisis de datos que se realizó a partir de la aplicación de la prueba en las instituciones educativas de nivel secundario y superior permitió identificar un nivel alto de confiabilidad de la prueba a través del coeficiente alfa de Cronbach que para este caso fue de ,0966 y en donde

todos los ítems presentaron altas correlaciones con la escala y aportaron significativamente al valor de consistencia interna de la escala total. Este dato concuerda con los estudios realizados por Reynolds (1987) con el Cuestionario de ideación suicida (Suicide Ideation Questionnaire – SIQ), donde este mostró una fiabilidad de 0,97. De igual manera, pareciera que los instrumentos de evaluación de la ideación suicida tienden a presentar consistencias internas altas, tal como lo demuestran otros autores con otras pruebas, por ejemplo Beck et al (1979) y su Escala de Ideación Suicida (SSI), que tuvo una fiabilidad de 0,89; o Miller, Norman, Bishop y Dow (1986) con la Escala de Ideación Suicida Moderada (SSI-M), para la que se halló una consistencia interna de 0,87.

A través del análisis factorial se pudo comprobar que se mantuvo la estructura unifactorial encontrada por Reynolds (1989) en el estudio original la cual explicaba un 89,6% de la varianza. En este estudio, tal estructura se mantuvo tanto para la muestra total, como para los diferentes subgrupos (hombres, mujeres, bachilleres y universitarios) con lo cual se plantea que todos los ítems convergen hacia un solo constructo: la Ideación Suicida. Esta estructura diferencia al SIQ-HS-23 de otras pruebas de ideación suicida, como las de Beck et al, (1979) y Miller et al, (1986) en las cuales la estructura unifactorial no se mantuvo; debido a que en la primera los ítems se agrupan en tres factores: Ideación Suicida activa, preparación del intento e Ideación Suicida pasiva; en la segunda los ítems también se agruparon en tres factores: Deseos Suicidas, preparación para el intento y la capacidad para percibir la preparación y el intento.

La validez concurrente permitió corroborar lo planteado en la teoría acerca de la Ideación Suicida y las variables que se le asocian. La escala SIQ-HS-23 mostró una relación significativa de tipo positivo con la escala CESD, que evalúa Depresión, BHS que evalúa Desesperanza y PANSI el cual evalúa ideas suicidas positivas y negativas. Esta relación positiva entre la Ideación Suicida y Depresión ha sido planteada por autores tales como Garnefski, Dijkstra y Heus (1992) quienes encontraron, que estudiantes con historial de Ideación Suicida tenían más Depresión, Desesperanza y Pensamientos Suicidas; igualmente Rudd (1990) señala que la Depresión está fuertemente relacionada con la Ideación Suicida, ya que esta ha sido encontrada en la mayoría de conductas suicidas y es evaluada en pacientes que pueden llegar a considerarse suicidas en potencia e igualmente se ha comprobado que es un predictor significativo tanto de la tentativa de suicidio como del suicidio consumado; finalmente Pages, Ruso, Roy-Byrne, Ries y Cowley (1997) sostienen que la Depresión y la Desesperanza correlacionan fuertemente con la Ideación Suicida y se percibe usualmente como determinantes en las decisiones de las personas para llevar a cabo un suicidio. Por otra parte la relación entre Desesperanza e Ideación Suicida ha sido planteada por Cox, Enns y Clara (2004) los cuales sostienen que estas variables se relacionan positivamente, a su vez Dori y Overholser (1999) plantean que la Desesperanza predice la Ideación Suicida, ya que la relación entre la Desesperanza y la Depresión contribuyen a tendencias suicidas en adolescentes; Beevers y Miller (2004) aportan a esta teoría al comprobar la correlación significativa entre Desesperanza, Depresión e Ideación Suicida a raíz de los hallazgos encontrados en un estudio el cual evaluaba estas

variables como predictoras de la Ideación Suicida. De acuerdo a lo anterior González-Forteza et al, (1998) sostiene que se ha tratado de identificar los factores de riesgo asociados con la Ideación Suicida, reconociendo que no es solo la participación de uno de ellos, sino su interacción lo que los convierte factores de riesgo.

En este orden de ideas la escala SIQ-HS23 permitió conocer la relación significativa de tipo negativo con escalas de Autoestima (AE), Apoyo Social (AS), Resiliencia (IRS-25) y Razones para Vivir. Esta relación es planteada por los autores De Man, Leduc y Labreche - Gauthier (1992) quienes plantean que los adolescentes con baja o menor Autoestima tienden a presentar mayores niveles de Ideación Suicida, igualmente Sun et al, (2006) afirman que la Autoestima presenta una correlación significativa de tipo negativo con la Ideación Suicida y la Depresión, lo anterior lo sustentan a raíz de comprobar hipótesis acerca de como los bajos o altos niveles de estas variables, pueden llevar a niveles altos o bajos de Ideación Suicida. Autores como Gutiérrez, Muehlenkam, Konick y Osman (2005) encontraron correlaciones bivariadas entre las Razones para Vivir, Depresión e Ideación Suicida, ya que a mayor presencia de Razones para Vivir menor presencia de estas dos variables (Depresión e Ideación Suicida), los mismos autores sostienen que los adolescentes que reportan altos niveles de Ideación Suicida y depresión presentan menores Razones para Vivir. Por último La - Fromboise y Howard (1995) sostienen que el contar con Apoyo Social disminuye la posibilidad de presentar Ideación Suicida; esto debido a que el Apoyo social es considerado como amortiguador de los efectos negativos del estrés y facilita la adaptación a situaciones difíciles o por el contrario no con

contar con este (Apoyo Social) aumenta la posibilidad de presentar Ideación Suicida.

Se realizó análisis de diferencia en cuanto a puntajes directos de acuerdo a variables de clasificación, encontrándose que la variable género fue la única presentó esta diferencia significativa, donde las mujeres presentaron mayor ideación suicida que los hombres tal y como lo plantean Noell y Ochs (2001) en un estudio realizado, que el género se asocia con el intento y la Ideación Suicida, y concluyen que el 44.9% de las mujeres mostraron mayores intentos e Ideación Suicida con relación a un 13.9% correspondientes a los hombres; igualmente Orbach (1990) considera que el género juega un papel importante en el problema del suicidio ya que este presenta cualidades distintivas entre el hombre y la mujer construidas culturalmente y que la sociedad asigna y exige de forma diferente a la mujer y al hombre, el mismo autor considera que la parte central de esta explicación puede encontrarse en la socialización, que desempeña un papel importante en el desarrollo de conductas autodestructivas. Con lo cual se ha planteado que las mujeres que intentan suicidarse son más susceptibles a ser evasivas, pesimistas y dependientes de otros para solucionar sus problemas. En cambio los hombres se les impulsan a mostrar actitudes que reflejen una supuesta independencia y seguridad Orbach (1990).

Lo anterior permitió realizar un análisis descriptivo de los datos de SIQ-HS23 por género, ubicando los puntajes directos para cada uno por medio de percentiles y en donde se establecen niveles para las calificaciones que obtengan de la prueba. Tal como lo plantean González – Forteza et al, (1998), en el constructo Ideación Suicida se pueden establecer

niveles de severidad como si se tratase de un continuo que fluctúa desde pensamientos de muerte inespecíficos hacia otros más concretos acerca de la propia muerte, ubicando la Ideación Suicida en el contexto de un proceso complejo y dinámico. Integrado por varias etapas que inician con una Ideación Suicida pasiva, pasan por etapas más activas de contemplación del propio Suicidio, por la planeación y la preparación, por la ejecución del intento hasta llegar a su consumación Bonner y Rich (1988).

De acuerdo con lo anterior, se puede establecer que la prueba SIQ-HS-23 es una prueba adaptada a las condiciones culturales de los jóvenes de la ciudad de San Juan de Pasto, la cual cumple con los criterios de consistencia interna y validez de constructo requeridos para un uso adecuado de la misma. Estos elementos permiten sugerir su uso en personas con características similares a las de esta investigación, pues en ella se presentó como un instrumento válido y confiable.

## RECOMENDACIONES

Teniendo en cuenta el objetivo de la presente investigación el cual buscó identificar las características psicométricas del cuestionario SIQ-HS, se recomienda realizar la misma estrategia con pruebas que se traigan de otras partes ya que es de gran pertinencia conocer como estas pruebas se comportaran en nuestra región y determinar así si su aplicación es apta o no. Para ello se sugiere considerar el procedimiento expuesto en este estudio como una guía de pasos a tener en cuenta para lograr tal fin.

Realizar una aplicación de la prueba en otros municipios o ciudades para conocer si los resultados psicométricos concuerdan con los encontrados en la ciudad de San Juan de Pasto y que nos permitan conocer y tener fundamentos a la hora de hablar sobre Ideación Suicida y como esta se comporta en diferentes poblaciones.

Se recomienda realizar una investigación referente a los 5 ítems creados a partir de las entrevistas (Deseé morir, Pensé que con mi muerte las cosas iban a cambiar para mis seres queridos, Creí que si moría los demás no tendrían más problemas, Pensé que si moría me iba a sentir mejor, Me imaginé a mismo muerto), en población clínica (personas que reporten intentos de suicidio) para conocer su valor predictivo y clínico en el contexto de San Juan de Pasto.

Llevar a cabo investigaciones que permitan conocer los puntos críticos o de corte, a partir de los cuales se puedan identificar casos de alto riesgo para la conducta suicida.

Realizar una investigación con población no escolarizada, con el fin de evaluar si la prueba mantiene las características psicométricas mostradas en este estudio.

Llevar a cabo entrevistas a profundidad con el fin de evaluar la claridad de las instrucciones y las opciones de respuesta de la prueba, ya que en la aplicación de la prueba piloto (ver tabla 6) estas no fueron comprensibles para los estudiantes, razón por la cual se modificaron para dejar una versión de prueba final (ver anexo 6) pero no fue tomada en cuenta la evaluación de estas.

Por último, es importante que desde el programa de Psicología se fomente la investigación relacionada con las características psicométricas de las pruebas psicológicas utilizadas a través del banco de pruebas, ya que esto permitiría conocer si la aplicación y el análisis de datos son pertinentes a la población objeto de estudio, evitando su uso inadecuado. Un ejemplo de esta propuesta fue la investigación de Pérez y Pulido (2004), la cual demostró que una prueba de personalidad, internacionalmente conocida y utilizada, carecía de elementos de validez y confiabilidad para ser usada en nuestro medio.

## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- Aiken, R. L. (1996). *Test psicológicos y evaluación. 8ª. Edición* México: Prentice Hall Hispanoamericana.
- Alcaldía Municipal de Pasto - Red de reporte de Lesiones de Causa Externa, del Observatorio del Delito del Municipio de Pasto. (2007). *Boletín informativo de la alcaldía de Pasto: lesiones de causa externa y muerte violenta, primer trimestre 2007.*
- Almonte, C. (2006). Psicopatología infantil y adolescencia. *Santiago de Chile: Mediterráneo.*
- Allalouf, A. y Sireci, S. G. (1998). Detecting sources of DIF in translated verbal items. *Paper presented at the meeting of AERA.* San Diego.
- Barrero – Pérez, S. A., (1996). *El suicidio: comportamiento y prevención.* Santiago de Cuba: Oriente.
- Beck, A. T., Kavacs, M. y Weissman, A. (1979). Assessment of Suicidal Ideation: Scale for Suicide Ideation. *Journal of consulting and clinical Psychology* 47, 343 – 352.
- Beevers, C. G. y Miller, I. W. (2004). Perfectionism, Cognitive Bias, and Hopelessness as Prospective Predictors of Suicidal Ideation. *Suicide and Life – Threatening Behavior*, 34 (2), 126 – 137.

- 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 and Huber.
- Bobes – García, J., Saíz – Martínez, P. A. y González – Seijo, J. C. (1997). *Prevención de las conductas suicidas*. Barcelona: Masson.
- Bobes – García, J., Saíz, P., Portilla, M. P. y Bascarán, M.T. (2004). *Comportamientos suicidas, prevención y tratamiento*. Barcelona: Ars médica.
- Bonner, R. Rich, A. (1988). A prospective investigation of suicidal ideation in college students: A test model. *Suicide and Life Threat Behavior*, 18, 245 - 258.
- Brown, F. G. (1999). *Principios de la medición en psicología y educación*. México: Manual Moderno.
- Buendía, J. (1993). *Psicopatología en niños y adolescentes: desarrollos actuales*. Madrid: Pirámide.
- Buendía, J., Riquelme, A. y Ruiz, J. A. (2004). *El suicidio en adolescentes: Factores implicados en el comportamiento suicida*. Murcia: Universidad de Murcia.

- Cabrera, R. H. y Castillo, L. A. (2007). *Validación de un modelo de factores protectores frente a la ideación suicida en adolescentes, estudiantes de bachillerato, de la ciudad de San Juan de Pasto*. Manuscrito no publicado. Universidad de Nariño. Programa de Psicología.
- Carris, M. J., Sheeber, L. y Have, S. (1998). Family rigidity, adolescent problem – solving deficits and suicidal ideation. A mediations Model. *Journal of adolescence*, 21, 459 – 472.
- Casino, A. (2001). Estudios de economía aplicada. *Revista – EEA*, 18 (2), 83 - 104.
- Cavas, D. (2007). *Enfoques*. Recuperado en Junio 16, 2007 disponible en <http://www.ninuus.cl/down.php?doc=enfoques.pdf>.
- Children´s Hospital (2006). *El niño y su concepto de muerte*. Recuperado en agosto 27, de 2007 disponible en <http://www.children´scentralcal.org/printpage.asp?id=3038-13k>.
- Clemente, M., González, A. (1996). *Suicidio: Una alternativa social*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- Conger, R. D. y Elder, G.H. (1994). *Families in troubled times*. New York: Aldine De Gruyter.

- Cox, B. J., Enns, M. W. y Clara, I. P. (2004). Psychological dimensions associated with suicidal ideation and attempts in the National comorbidity survey (NCS). *Suicide and Life- Threatening Behavior*, 34 (3), 209 – 219.
- Delgado, A. C., Insuasti, D. M. y Villalobos, F. H. (2004). Factores de riesgo asociados a la conducta suicida. *Psicología y salud*, 1(5), 60 – 76.
- De Man, A. F., Leduc, C. P. y Labreche – Gauthier, L. (1992). Correlates of Suicide Ideation in french – Canadian adults and adolescents. *Journal of Clinical Psychology*, 48, 811 – 816.
- Dori, G. A. y Overholser, J. C. (1999). Depression, Hopelessness and self – Esteem Accounting for suicidality in Adolescent Psychiatric in patients. *Suicide and Life Threatening Behavior*, 29 (4), 309 – 318.
- Durkheim, E. (1989). *El suicidio*. Madrid: Akal Editora (original publicado en 1987).
- Field, T., Diego, M. y Sanders, O. (2001). *Adolescent suicidal ideation*. *Adolescence*, 36, 241- 248.
- García-Falconi, R. (2003). *El suicidio adolescente: Un análisis de variables predictoras*. Tabasco: Universidad Juárez Autónoma.
- Garnefski, H., Diekstra, R. F. W. y De Heus, p. (1992). A population – based survey of the characteristics of high school students with and with a history of suicidal behavior. *Acta psychiatrica Scandinavica*, 86, 189 – 196.

Gondar – Nores, J. E. (2000). *Análisis factorial*. Recuperado en febrero 6 de 2007 disponible en <http://www.estadístico.com/dic.html?p=1702.diccionarioestadístico>.

González – Forteza, C., Berenzon – Gorn, S., Tello – Granados, AM., Facio – Flores, D. y Medina – Mora Icaza, ME. (1998). Ideación Suicida y características asociadas en mujeres adolescentes. *Salud Pública. México*, 40, 430 – 437.

González – Forteza, C., Ramos, L., Caballero, M. A. y Wagner, F. A. (2003). Correlatos psicosociales de depresión, ideación e intento suicida en adolescentes Mexicanos. *Psicothema*, 15 (4), 524 – 532.

Gutiérrez, P. M., Osman, A., Barrios, F., Kopper, B., Baker, M. y Haraburda, C. (2002). Development of de Reason for Living inventory for young adults. *Journal of clinical psychology*. 58 (4), 340.

Gutiérrez, P. M., Muehlenkamp, J.J., Konick, L. C. y Osman, A. (2005). What role does race play in Adolescent Suicide Ideation?. *Archives of Suicide Research* 9, 177 – 192.

Hair, J., Anderson, R., Tatham, R., y Black, W. (2004). *Análisis Multivariante (5ª reimpresión)*. Madrid: Prentice Hall Iberia.

Hernández, R., Fernández, G. y Baptista P. (1998). *Metodología de la investigación*. México: Mc Graw Hill.

Jara – Albán, O. (2001). *Entender la muerte*. Recuperado en agosto 27, de 2007 disponible en <http://www.babab.com/no06/muerte.htm-20k>.

Kerlinger, F. N. (1992). *Investigación del comportamiento*. México: Mc Graw Hill.

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.

La – Fromboise, T. D. y Howard, P. B. (1995). Suicidal Behavior in American Indian female adolescents. En Canetto, S. y Lester, D. (Eds). *Women and suicidal Behavior*, 167 – 173. New York: Springer.

Larraguibel, Q. M., González, M. P., Martínez, N. V. y Valenzuela, G. R. (2000). Factores de riesgo de la conducta suicida en niños y adolescentes. *Revista Chilena de Pediatría*, 71 (3), 183-191.

Legarda, G. y Paz, A. (2001). *Construcción, validación, y estandarización de una escala que mide riesgo suicida en adolescentes de la ciudad de Pasto*. Manuscrito no publicado. Universidad de Nariño. Programa de Psicología.

Linehan, M. M., Goodstein, J., Nielsen, S. y Chiles, J. (1983). Reason for staying alive when you are thinking of killing yourself: The reason for living inventory. *Journal of consulting and clinical psychology*, 51, 276 – 286.

Maris, R. W., Moscicki, E. K., Tanney, B. L., Berman, A. L., Silverman, M. M. y O'Carroll, P. W. (1996). Beyond the Tower of Babel: A nomenclature for suicidal. *Suicide and Life – Threatening Behavior*, 26 (3), 231 – 252.

Maris, R.W. (2002). Suicide. *Lancet*, 360 (9329) 319 July 27.

Mingote, J. C., Jiménez, M. A., Osorio, R. y Palomo, T. (2004). *Suicidio: Asistencia clínica*. Madrid: Díaz de Santo.

Miller, I. W., Norman, W. H., Bishop, S. B. y Dow, M. G. (1986). The Modified Scale for Suicide Ideation Reliability and Validity. *Journal of consultin and clinical Psychology* 54, 724 – 725.

Molina – Tuesca, R. y Navarro – Lechuga. (2003). Factores de riesgo asociados al suicidio e intento de suicidio. *Salud Uninorte*, 17, 19 – 28. Recuperado en Junio 16 2007 disponible en <http://www.ciruelo.Uninorte.edu.co/pdf/salud-Uninorte/17/3-factores-de-riesgo.pdf>.

Mondragón, L., Monrroy, Z., Medina – Mora, M. E. y Borges, G. (2003). Eventos vida, Depresión, Consumo de alcohol e ideación suicida en una muestra de

servicios de urgencia: Un enfoque de Género. *Revista Mexicana de psicología*, 20 (2), 225 – 233.

Montero, I. y León, O. (2005). Sistema de clasificación del método en los informes de investigación en Psicología. *International Journal of Clinical and Health Psychology* 5, 115 – 127.

Muehlenkamp, J., Gutiérrez, P., Osman, A. y Barrios, F. (2005). Validation of the Positive and Negative Suicide Ideation (PANSI) inventory in a diverse sample of young adults. *Journal of clinical psychology*, 61, 431 – 445.

Muñiz, J. (2004). *La validación de los tests*. Metodología de las Ciencias del Comportamiento, 5 (2), 121 – 141.

Muñiz, J. y Hambleton, R. (2000). *Adaptación de los test de unas culturas a otras*. Metodología de las Ciencias del Comportamiento, 2 (2), 129 -149.

McAuliffe, C. M. (2002). Suicidal Ideation as an Articulation of Intent: A Focus for Suicide Prevention. *Archives of Suicide Research*, 6 (4) 325 – 338.

Noel, J. W. y Ochs, L. M. (2001). Relationship of sexual orientation to substance use, Suicidal Ideation, suicide attempts, and other factor in a population of homeless adolescents. *Journal of Adolescence Health*, 29 (1), 31 – 36.

- O'Carroll, P. W., Maris, R. W., Moscicki, E. K., Tanney, B. L., Berman, A. L. y Silverman, M. M. (1996). Beyond the Tower of Babel: A nomenclature for suicidal. *Suicide and Life – Threatening Behavior*, 26 (3), 231 – 252.
- Orbach, I. (1990). Styles of problem solving in suicidal individuals. *Suicide and Life – Threatening Behavior*, 20, 56 – 64.
- Osman, A., Gutiérrez, P. M., Muehlenkamp, J., Dix-Richarson, F., Barrios, F y Kopper, B. (2004). Suicide Resilience inventory – 25: development and preliminary psychometric properties. *Psychology reports*, 94, 1349 – 1360.
- Pages, K. P., Russo, J. E., Roy – Byrne, P. P., Ries, R. K. y Cowley, D. S. (1997). Determinants of suicidal ideation. The role of substance use disorders. *Journal of Clinical Psychiatry*, 58 (11), 510 – 515.
- Palacios, X., Rueda – Latiff, A., Valderrama – Herrera, P. (2007). Relación de la intención e ideación suicida con algunas variables sociodemográficas de la enfermedad y aspectos psicoafectivos en personas con el VIH/SIDA. *Revista colombiana de psicología*, 15, 25 – 38.
- Paluszny, M., Davenport, C. y Kim, W. J. (1991). Suicide attempts and ideation: Adolescents evaluated on a pediatric ward. *Adolescence*, 26 (101), 209 – 215.

- Pérez, A. y Pulido, D. (2004). *Características psicométricas del cuestionario de personalidad en niños CPQ aplicado a aspirantes a sexto del Liceo Integrado de Bachillerato de la Universidad de Nariño en el año lectivo 20003 – 2004*. Manuscrito no publicado. Universidad de Nariño. San Juan de Pasto.
- Pita, S. Vila, M. T. y Carpenente, J. (1997). *Determinación de factores de riesgo*. *Cadernos de atención primaria*, 4, 75 – 78.
- Reich, J.W., Newsom, J.T. y Zautra, A.J. (1996). Health downturns and predictors of suicidal ideation: an application of the Baumeister model. *Suicide and Life Threatening Behavior*, 26 (3), 282 – 291.
- Reynolds, W. M. (1987). *Suicide Ideation Questionnaire: professional manual*. Odesa, FL: *Psychological Assessment Resources*.
- Reynolds, W. y Mazza, J.; (1999). Assessment of suicidal ideation in Inner-city children and young adolescents: Reliability and validity of the Suicidal Ideation Questionnaire-JR. *School Psychology Review*, 28 (1), 17 – 30.
- Rojas, G. P. (2007). El niño y la muerte. Recuperado en agosto 27, de 2007 disponible en <http://www.inteligencia-emocional.org.information.familia/el-niño-ante-la-muerte.htm-58k>.
- Rudd, M. D. (1990). An integrative modelo f Suicidal Ideation. *Suicide and life – threatening Behavior*, 20, 16 – 30.

- Sánchez – Pedraza, R., Guzmán, Y. y Cáceres – Rubio, H. (2005). Estudio de la imitación como factor de riesgo, para ideación suicida en estudiantes universitarios adolescentes. *Revista colombiana de psiquiatría: Artículos Originales*, 34 (1), 12 - 25.
- Sarró, B. y de la Cruz, C. (1991). *Los suicidios*. Barcelona: Martínez Roca.
- Shneidman, E. S. (1991). *Definition of suicide*. Northrale N J: Jaron Aronson.
- Sun, R. C. F., Hui, E. K .P. Y Watkins, S. (2006). Towards a model of suicidal ideation for Hong Kong Chinese adolescents. *Journal of adolescence*, 29 (2), 209 – 224.
- Vallejo – Ruiloba, J. y Gastón – Ferrer, C. (2000). *Trastornos afectivos: ansiedad y depresión*. Barcelona: Massar.
- Vázquez, A. J., Jiménez, R. y 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. (2005). *Definición de suicidio*. Documento inédito.
- Villalobos - Galvis, F. H. (2006). *Validación y estandarización de pruebas psicológicas en adolescentes escolarizados de la ciudad de San Juan de Pasto*. Informe Técnico, no publicado.

Villalobos – Galvis, F. H. (2007). *Situación de la conducta suicida en estudiantes de colegios y universidades de San Juan de Pasto*. Manuscrito\_no publicado. Universidad de Nariño.

Villardón, L. (1993). *El pensamiento de suicidio en la adolescencia*. \_Bilbao: Universidad de Deusto.

Wagner, B.M. y Cohen, P. (1994). Adolescent sibling differences in suicidal symptoms: The role of parent-child relationships. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 22 (3), 321- 337.

Yoder, K. A. y Hoyt, D. R. (2005). Family economic pressure and adolescent suicidal ideation: Application of the family stress model. *Suicide & Life – Threatening Behavior*, 35 (3), 251 – 264.

# **ANEXOS**

## Anexo 1

### ENTREVISTA CUALITATIVA

Identificación de ideas en los adolescentes

Datos generales

Edad:

Género:

Estrato:

Escolaridad:

Tipo de lesión:

Fecha:

#### IDEAS GENERALES DE MUERTE

1. ¿Recuerdas cuándo empezaste a considerar la idea del suicidio?
2. ¿Hubo algún evento o situación que te llevara a pensar en el suicidio?
3. Específicamente ¿Qué pensabas, imaginabas, deseabas, soñabas en esos momentos?
4. ¿Cuál o cuáles de esas ideas eran las que aparecían con más frecuencia o con más intensidad?
5. ¿Durante cuánto tiempo tuviste este tipo de ideas?
6. ¿Pensabas en morir?
7. En ese momento ¿Cuáles eran las razones para preferir la muerte?
8. ¿Comentas con alguien acerca de estas ideas?

#### IDEAS SUICIDAS

9. ¿Planeaste el suicidio con anticipación? SI (pre a) NO (pre 10)
  - a. ¿Descríbenos ¿Cómo planeaste realizar el suicidio?
  - b. ¿Consideraste otras formas de suicidarte? ¿Cuáles?
  - c. ¿Cuáles fueron las razones por las cuales escogiste este método?
  - d. Cuando estabas planeándolo ¿Qué era lo que buscabas conseguir?
10. En algún momento ¿Pensaste en lo que pasaría durante los instantes previos a la muerte? SI (pre a) NO (pre 11)

a. ¿Qué pensamientos, imágenes, fantasías, o sueños tenías sobre la agonía y la muerte?

11. En algún momento ¿Pensaste en lo que pasaría después de que murieras?

SI (pre a) NO (pre 12)

a. ¿Qué creías que pasaría contigo después de la muerte?

b. ¿Qué imaginabas que sucedería con las personas cercanas (familia, amigos, pareja) después de que murieras?

c. ¿Qué otras consecuencias creías que tendría tu muerte?

#### ACTO SUICIDA

12. ¿Podrías relatarnos la manera como intentaste suicidarte (método, momento, Preparativos)?

13. ¿En algún momento consideraste una opción diferente al suicidio? SI (pre a), NO (pre b)

a. ¿Cuál?

b. ¿Por qué consideraste que el suicidio era la única alternativa?

14. Durante el acto suicida ¿Qué cosas pasaron por tu cabeza, que Pensabas, Deseabas, Imaginabas?

#### ACTUALMENTE

15. ¿Qué piensas de lo que has vivido?

16. ¿Volverías a considerar el suicidio? ¿Por qué razón?

17. ¿Crees que tu vida cambió o cambiaría a partir de esta situación?

18. ¿Deseas considerar o aportar algo más?

## Anexo 2

### BATERIA DE PRUEBAS



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

#### DATOS DE IDENTIFICACIÓN

Sexo: Hombre\_\_\_Mujer\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_años Consecutivo

\_\_\_\_\_

Curso \_\_\_\_\_ o Semestre:\_\_\_\_\_ Institución \_\_\_\_\_  
 Facultad:\_\_\_\_\_

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. No te tardes mucho en 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

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 problemas de pareja?	Nunca	Rara Vez	Algunas Veces	Casi Siempre	Siempre

8. ¿Tienes alguien con quien puedas ser como realmente eres?	Nunca	Rara Vez	Algunas Veces	Casi Siempre	Siempre
9. ¿Puedes contar con alguien que te cuide si lo necesitas?	Nunca	Rara Vez	Algunas Veces	Casi Siempre	Siempre
10. En situaciones de presión o tensión ¿Cuentas con alguien que te ayude a sentirte más tranquilo/a?	Nunca	Rara Vez	Algunas Veces	Casi Siempre	Siempre
11. ¿Tienes con quien salir de casa, si deseas hacerlo?	Nunca	Rara Vez	Algunas Veces	Casi Siempre	Siempre
12. ¿Tienes quién te dé información o te aconseje para resolver tus problemas?	Nunca	Rara Vez	Algunas Veces	Casi Siempre	Siempre
13. ¿Crees que hay personas que te quieren realmente?	Nunca	Rara Vez	Algunas Veces	Casi Siempre	Siempre

### 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>

### BHS

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

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

**CES-D-R**

A continuación encontrarás algunas experiencias que te pudieron haber ocurrido durante las últimas **DOS SEMANAS**. Por favor, lee cada afirmación e indica el número de días (de 0 a 14) en que te sentiste así.

<b>Durante las dos últimas semanas, ¿cuántos días te sentiste así?</b>	<b>Número de días</b>				
	<b>0</b>	<b>1-4</b>	<b>5-8</b>	<b>9-11</b>	<b>12-14</b>
1. Me molestaron muchas cosas que en otras ocasiones ni me afectan	0	1-4	5-8	9-11	12-14
2. No tuve ganas de comer	0	1-4	5-8	9-11	12-14
3. Me sentí triste a pesar de tener el apoyo de mi familia, amigos(as) o novio(a)	0	1-4	5-8	9-11	12-14
4. Sentí que tenía las mismas capacidades que los demás	0	1-4	5-8	9-11	12-14
5. Tuve problemas para poner atención a lo que estaba haciendo	0	1-4	5-8	9-11	12-14
6. Me sentí deprimido(a)	0	1-4	5-8	9-11	12-14
7. Sentí que todo lo que hacía representaba un gran esfuerzo para mí	0	1-4	5-8	9-11	12-14
8. Vi el futuro con esperanza	0	1-4	5-8	9-11	12-14
9. Pensé que he fracasado en la vida	0	1-4	5-8	9-11	12-14
10. Tuve miedo	0	1-4	5-8	9-11	12-14
11. Aunque dormía, al otro día me levantaba cansado(a)	0	1-4	5-8	9-11	12-14
12. Estuve feliz	0	1-4	5-8	9-11	12-14
13. Hablé menos de lo normal	0	1-4	5-8	9-11	12-14

14. Me sentí solo(a)	0	1-4	5-8	9-11	12-14
15. Sentí que la gente no fue amable conmigo	0	1-4	5-8	9-11	12-14
16. Disfruté de la vida	0	1-4	5-8	9-11	12-14
17. Lloré en algunas ocasiones	0	1-4	5-8	9-11	12-14
18. Me sentí triste	0	1-4	5-8	9-11	12-14
19. Sentí que no le caía bien a los demás	0	1-4	5-8	9-11	12-14
20. Sentí que “no podía más” con mi vida	0	1-4	5-8	9-11	12-14
21. Tuve pensamientos sobre la muerte	0	1-4	5-8	9-11	12-14
22. Pensé que mis seres queridos (familia, amigos, pareja) estarían mejor, si yo muriera	0	1-4	5-8	9-11	12-14
23. Pensé en matarme	0	1-4	5-8	9-11	12-14
24. Sentí que no podía seguir adelante con mi vida	0	1-4	5-8	9-11	12-14
25. Sentí que era una mala persona	0	1-4	5-8	9-11	12-14
26. Perdí el interés en las actividades que hago cada día.	0	1-4	5-8	9-11	12-14
27. Dormí más de lo normal	0	1-4	5-8	9-11	12-14
28. Me sentí agitado(a) o “acelerado(a)” al hacer las cosas	0	1-4	5-8	9-11	12-14
29. Sentí que al hacer las cosas, mis movimientos eran lentos	0	1-4	5-8	9-11	12-14
30. Tuve ganas de estar muerto(a)	0	1-4	5-8	9-11	12-14
31. Quise hacerme daño (pegarme, cortarme, envenenarme, etc)	0	1-4	5-8	9-11	12-14
32. Me sentí cansado(a) todo el tiempo	0	1-4	5-8	9-11	12-14
33. No me sentí bien conmigo mismo(a)	0	1-4	5-8	9-11	12-14
34. Bajé de peso, sin intentarlo	0	1-4	5-8	9-11	12-14
35. No he podido dormir bien	0	1-4	5-8	9-11	12-14
36. No pude concentrarme en las cosas importantes	0	1-4	5-8	9-11	12-14
37. Me divertí mucho	0	1-4	5-8	9-11	12-14
38. Me enojé con facilidad	0	1-4	5-8	9-11	12-14

### 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 en la columna 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	Nunca	Rara Vez	Algunas Veces	Casi siempre	Siempre

fracaso?					
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

## IRS

Las siguientes frases te preguntan acerca de tus actitudes, creencias o sentimientos. Lee cada frase, piensa qué tanto se ajusta a tu caso personal 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)**.

<i>¿Esta frase describe tus actitudes, creencias o sentimientos?</i>	Totalmente en Desacuerdo	En Desacuerdo	De Acuerdo	Totalmente de Acuerdo
1. Hay muchas cosas que me gustan de mí mismo	Totalmente en Desacuerdo	En Desacuerdo	De Acuerdo	Totalmente de Acuerdo
2. Casi siempre me veo a mí mismo como una persona feliz	Totalmente en Desacuerdo	En Desacuerdo	De Acuerdo	Totalmente de Acuerdo
3. Si yo hablara de suicidarme, mis familiares o amigos sacarían el tiempo necesario para escucharme.	Totalmente en Desacuerdo	En Desacuerdo	De Acuerdo	Totalmente de Acuerdo
4. Puedo aguantar el dolor que se siente por ser rechazado o criticado, sin pensar en suicidarme	Totalmente en Desacuerdo	En Desacuerdo	De Acuerdo	Totalmente de Acuerdo
5. Me quiero tal como soy	Totalmente en Desacuerdo	En Desacuerdo	De Acuerdo	Totalmente de Acuerdo
6. Si pensara en suicidarme, podría hablar de esto tranquilamente con mis familiares o amigos.	Totalmente en Desacuerdo	En Desacuerdo	De Acuerdo	Totalmente de Acuerdo
7. Si tengo algún problema, puedo contar con algún familiar o amigo(a) cercano(a) para que me ayude (ejemplo: con plata o posada)	Totalmente en Desacuerdo	En Desacuerdo	De Acuerdo	Totalmente de Acuerdo
8. Aunque me sienta muy mal, puedo controlar la idea de suicidarme.	Totalmente en Desacuerdo	En Desacuerdo	De Acuerdo	Totalmente de Acuerdo
9. Casi siempre tengo metas que creo que son posibles de alcanzar	Totalmente en Desacuerdo	En Desacuerdo	De Acuerdo	Totalmente de Acuerdo
10. Aunque me sienta triste o deprimido, puedo controlar las "ganas" de suicidarme.	Totalmente en Desacuerdo	En Desacuerdo	De Acuerdo	Totalmente de Acuerdo
11. Estoy satisfecho con la mayoría de las cosas de mi vida	Totalmente en Desacuerdo	En Desacuerdo	De Acuerdo	Totalmente de Acuerdo
12. Si estoy en una situación difícil, puedo evitar pensar en el suicidio	Totalmente en Desacuerdo	En Desacuerdo	De Acuerdo	Totalmente de Acuerdo
13. Me siento orgulloso de mí mismo en muchos aspectos	Totalmente en Desacuerdo	En Desacuerdo	De Acuerdo	Totalmente de Acuerdo
14. Soy capaz de controlar el deseo de hacerme daño o herirme, cuando alguien me critica	Totalmente en Desacuerdo	En Desacuerdo	De Acuerdo	Totalmente de Acuerdo
15. Si pensara en suicidarme, puedo pedirle apoyo emocional a mis familiares o amigos cercanos	Totalmente en Desacuerdo	En Desacuerdo	De Acuerdo	Totalmente de Acuerdo
16. Aún cuando mis familiares o amigos cercanos estén	Totalmente en	En	De Acuerdo	Totalmente de

disgustados conmigo, puedo acercarme a ellos para hablar de mis problemas personales	Desacuerdo	Desacuerdo		Acuerdo
17. Puedo encontrar a alguien (familiar o amigo) que me ayude a enfrentar la idea de suicidarme	Totalmente en Desacuerdo	En Desacuerdo	De Acuerdo	Totalmente de Acuerdo
18. Cuando me siento solo(a) o aislado(a) de los demás, puedo controlar las ideas de suicidarme	Totalmente en Desacuerdo	En Desacuerdo	De Acuerdo	Totalmente de Acuerdo
19. Siento que soy una persona emocionalmente fuerte	Totalmente en Desacuerdo	En Desacuerdo	De Acuerdo	Totalmente de Acuerdo
20. A pesar de los problemas que enfrente, puedo sentirme bien conmigo mismo(a)	Totalmente en Desacuerdo	En Desacuerdo	De Acuerdo	Totalmente de Acuerdo
21. Si tengo problemas, puedo pedirle ayuda a las personas cercanas a mí, en vez de intentar suicidarme	Totalmente en Desacuerdo	En Desacuerdo	De Acuerdo	Totalmente de Acuerdo
22. Tengo amigos o familiares a quienes puedo acudir por apoyo emocional, si llegara a pensar en suicidarme	Totalmente en Desacuerdo	En Desacuerdo	De Acuerdo	Totalmente de Acuerdo
23. Cuando me enfrente a situaciones humillantes o avergonzantes puedo evitar pensar en el suicidio	Totalmente en Desacuerdo	En Desacuerdo	De Acuerdo	Totalmente de Acuerdo
24. Aunque sienta que mi futuro es incierto, no pienso en el suicidio.	Totalmente en Desacuerdo	En Desacuerdo	De Acuerdo	Totalmente de Acuerdo
25. Me siento bien conmigo mismo(a)	Totalmente en Desacuerdo	En Desacuerdo	De Acuerdo	Totalmente de Acuerdo

### RFL

En este cuestionario encontrarás algunas **razones** que las personas tienen para NO SUICIDARSE. Por favor lee cuidadosamente cada frase y marca con una X en la columna que mejor describa qué tan **importante** es **PARA TI** esa razón. 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

¿Qué tan <b>importante</b> es para ti esta <b>razón para no suicidarte</b> ?	Nada Importante	Un Poco Importante	Muy Importante
1. Cuando tengo un problema puedo acudir a mi familia para que me apoyen o aconsejen.	Nada	Un poco	Muy
2. Quitarme la vida sería algo doloroso y me daría mucho miedo.	Nada	Un poco	Muy
3. Me acepto tal como soy.	Nada	Un poco	Muy
4. Me quedan muchas cosas por vivir.	Nada	Un poco	Muy
5. Mis amigos(as) me apoyan cuando tengo un problema.	Nada	Un poco	Muy
6. Siento que mis amigos(as) me quieren y aceptan.	Nada	Un poco	Muy

7. Emocionalmente me siento bien con mi familia.	Nada	Un poco	Muy
8. Tengo miedo de morir así que no pensaría en suicidarme.	Nada	Un poco	Muy
9. Me gusta mi forma de ser.	Nada	Un poco	Muy
10. Mis amigos(as) se interesan por mí.	Nada	Un poco	Muy
11. Me gustaría lograr mis metas en el futuro.	Nada	Un poco	Muy
12. Mi familia me dedica tiempo para escuchar lo que me pasa en el colegio, en la universidad o en la casa.	Nada	Un poco	Muy
13. Espero que muchas cosas buenas me pasen en el futuro.	Nada	Un poco	Muy
14. Estoy satisfecho(a) conmigo mismo(a).	Nada	Un poco	Muy
15. Soy optimista frente a mis planes y metas para el futuro.	Nada	Un poco	Muy
16. Cuando estoy con mis amigos(as) siento que ellos(as) me valoran.	Nada	Un poco	Muy
17. Me gusta estar con mi familia	Nada	Un poco	Muy
18. Creo que soy un buen ser humano.	Nada	Un poco	Muy
19. Creo que voy a tener éxito en el futuro	Nada	Un poco	Muy
20. Me asusta la idea de matarme.	Nada	Un poco	Muy
21. Me dan miedo los métodos que se usan para suicidarse.	Nada	Un poco	Muy
22. Si tengo un problema puedo contar con la ayuda de mis amigos(as).	Nada	Un poco	Muy
23. Mi familia casi siempre me anima y me apoya para lograr mis metas.	Nada	Un poco	Muy
24. A mi familia le interesa cómo me siento.	Nada	Un poco	Muy
25. Mi futuro se ve bastante optimista y prometedor.	Nada	Un poco	Muy
26. Le tengo miedo al suicidio.	Nada	Un poco	Muy
27. Mis amigos(as) me aceptan tal como soy.	Nada	Un poco	Muy
28. Tengo muchas metas que espero lograr en el futuro.	Nada	Un poco	Muy
29. Me siento bien conmigo mismo(a).	Nada	Un poco	Muy
30. A mi familia le importa mucho lo que me pasa.	Nada	Un poco	Muy
31. Estoy feliz conmigo mismo(a).	Nada	Un poco	Muy
32. Tendría miedo de hacer planes para atentar contra mi vida	Nada	Un poco	Muy
33. La vida es un regalo de Dios y sólo él	Nada	Un poco	Muy

puede quitarla.			
34. Una de mis metas a futuro es conseguir un trabajo.	Nada	Un poco	Muy
36. Practico un deporte porque es fuente de salud y diversión.	Nada	Un poco	Muy
37. Mis sueños e ilusiones me impulsan a vivir.	Nada	Un poco	Muy
38. Me agrada aprender cosas nuevas y disfrutar de la vida.	Nada	Un poco	Muy
39. Hay personas que son importantes para mí.	Nada	Un poco	Muy
40. Tengo una misión que cumplir en la vida (ayudar a la gente u otras).	Nada	Un poco	Muy
41. Amo la vida.	Nada	Un poco	Muy
42. Debo estar vivo(a) para retribuir lo que mi familia me ha dado.	Nada	Un poco	Muy
43. Hay seres queridos (hijos, familiares, pareja, mascota) que necesitan de mí o de mis cuidados.	Nada	Un poco	Muy
44. Me gustaría llegar a ser un (a) profesional.	Nada	Un poco	Muy
45. Realizo actividades que son divertidas para mí como bailar, escuchar música o jugar.	Nada	Un poco	Muy
46. Hay personas que se interesan por mí.	Nada	Un poco	Muy

**Anexo 3****VERSION PRUEBA PILOTO**

San Juan de Pasto, Mayo de 2006

Apreciad@ Amig@:

El Departamento de Psicología de la Universidad de Nariño está realizando una investigación que tiene por objetivo conocer si las pruebas que te presentamos a continuación son claras y comprensibles o no.

Por ello te pedimos tu colaboración en el siguiente sentido:

- A. **Lee** con atención cada una de las instrucciones y las frases que están en un recuadro.
- B. **Califica** si el ítem o la instrucción se entiende o no. Para ello haz uso de la siguiente escala:  
**0** = No se entiende; **1** = Se entiende, pero no es muy clara ; **2** = Se entiende bien.
- C. **Subraya** las palabras que no comprendas.
- D. Escribe tus **dudas** o **sugerencias** sobre lo que has leído.

Recuerda, NO es necesario que RESPONDAS la prueba que está en el **recuadro sombreado**, sólo responde los elementos relacionados con la **COMPRESION** de dichas pruebas.

Te agradecemos tu inmensa colaboración.

Cordialmente,

GRUPO INVESTIGADOR

.....

**DATOS DE IDENTIFICACIÓN**

Sexo: Hombre\_\_\_Mujer\_\_\_      Edad: \_\_\_\_\_años      Curso\_\_\_\_\_ o  
semestre\_\_\_\_\_  
Institución \_\_\_\_\_ Facultad\_\_\_\_\_

**IS**

A continuación encontrarás varias frases acerca de los pensamientos que las personas a veces tienen. Deberás leer cada frase y decidir EN EL MES PASADO con qué frecuencia has tenido el pensamiento que la frase expresa. Marca con una X debajo de la respuesta que mejor describa tu propio pensamiento.

Frente a la anterior instrucción tu piensas que....

No se entiende _____	Se entiende, pero no es muy clara _____	Se entiende bien. _____
Qué elementos no son claros?		

Ahora lee cada frase y califica si se entiende, de acuerdo con la siguiente escala:

**0 = No** se entiende; **1 = Se** entiende, pero no es muy clara; **2 = Se** entiende bien.

Este pensamiento ha estado en mi mente .....	Nunca lo he pensado	Lo he pensado antes, pero no en este mes	Algunas veces: 1 o 2 veces en el mes	A Menudo: 1 o 2 veces por semana	Muy a Menudo: Todos los días	Comprensión: 0, 1 o 2
1. Pensé que todo sería mejor si yo no estuviera vivo						
2. Pensé en suicidarme						
3. Pensé en cómo podría suicidarme						
4. Pensé en cuándo podría suicidarme						
5. Imaginé a gente que moría						
6. Pensé en la muerte						
7. Pensé en qué escribir en una nota de suicidio						
8. Pensé en escribir un testamento						
9. Pensé en decirle a la gente que planeo suicidarme						
10. Pensé en cómo se sentiría la gente si yo me suicidara						
11. Deseé estar muerto						
12. Pensé que si me suicidaba se resolverían mis problemas						
13. Deseé no haber nacido nunca						
14. Pensé que a nadie le importaba si yo estaba vivo o muerto						
15. Pensé que los demás se sentirían más felices si yo estuviera muerto						
16. Pensé que los demás estarían mejor sin mí						
17. Pensé en lo fácil que sería						



**Anexo 4**  
**CARTA A TRADUCTORES**

San Juan de Pasto, Abril 28 de 2006

Traductor N°1  
Departamento de Lingüística e Idiomas  
Universidad de Nariño  
Ciudad

Cordial Saludo:

En estos momentos estoy coordinando la realización de los proyectos de investigación titulados “Adaptación al castellano del Cuestionario de Ideación Suicida” y “Adaptación al castellano del Inventario de Riesgo Suicida”, los cuales tienen por objetivo final conseguir sendas versiones castellanas, garantizando que cada uno de los ítems no sea necesariamente equivalente palabra a palabra (lingüísticamente), sino concepto a concepto (semánticamente) y que las expresiones utilizadas sean aceptables y culturalmente relevantes.

Conociendo su dominio del idioma Inglés y dada su experiencia y formación profesional en el campo de la traducción, atentamente le solicito su colaboración en el sentido de traducir los ítems anexos a la presente, de acuerdo con el siguiente protocolo:

1. Lea el ítem, compréndalo, piense en lo que ello significa para la población angloparlante.
2. Piense en cuál sería el sentido de dicha frase en español.
3. Escriba la que a su juicio sea la mejor manera de expresar el sentido de la frase inglesa, en el español cotidiano en Pasto.
4. Califique el nivel de dificultad que implicó la traducción de cada ítem, con una escala de 1 a 10, en la cual 1 es mínima y 10 es máxima.
5. Continúe con el siguiente ítem, realizando los procedimientos presentados previamente hasta culminarlos todos.

Si tiene alguna duda, por favor comuníquese conmigo al teléfono 7290979 o al 312 297 4590.

Por último, atentamente le pido que dicha traducción sea entregada el próximo 5 de Mayo.

Cordialmente,

**Fredy Hernán Villalobos Galvis**

Docente Programa de Psicología  
Universidad de Nariño

San Juan de Pasto, Abril 28 de 2006

Traductor N°2  
Departamento de Lingüística e Idiomas  
Universidad de Nariño  
Ciudad

Cordial Saludo:

En estos momentos estoy coordinando la realización de los proyectos de investigación titulados “Adaptación al castellano del Cuestionario de Ideación Suicida” y “Adaptación al castellano del Inventario de Riesgo Suicida”, los cuales tienen por objetivo final conseguir sendas versiones castellanas, garantizando que cada uno de los ítems no sea necesariamente equivalente palabra a palabra (lingüísticamente), sino concepto a concepto (semánticamente) y que las expresiones utilizadas sean aceptables y culturalmente relevantes.

Conociendo su dominio del idioma Inglés y dada su experiencia y formación profesional en el campo de la traducción, atentamente le solicito su colaboración en el sentido de traducir los ítems anexos a la presente, de acuerdo con el siguiente protocolo:

1. Lea el ítem, compéndalo, piense en lo que ello significa para la población angloparlante.
2. Piense en cuál sería el sentido de dicha frase en español.
3. Escriba la que a su juicio sea la mejor manera de expresar el sentido de la frase inglesa, en el español cotidiano en Pasto.
4. Califique el nivel de dificultad que implicó la traducción de cada ítem, con una escala de 1 a 10, en la cual 1 es mínima y 10 es máxima.
5. Continúe con el siguiente ítem, realizando los procedimientos presentados previamente hasta culminarlos todos.

Si tiene alguna duda, por favor comuníquese conmigo al teléfono 7290979 o al 312 297 4590.

Por último, atentamente le pido que dicha traducción sea entregada el próximo 5 de Mayo.

Cordialmente,

**Fredy Hernán Villalobos Galvis**

Docente Programa de Psicología  
Universidad de Nariño

## Anexo 5

### CARTA A JUECES

San Juan de Pasto, 18 de mayo de 2006

Jueces  
 Docente del Departamento de Lingüística e Idiomas  
 Universidad de Nariño

Cordial saludo:

Actualmente se están adelantando los procesos de traducción y adaptación en población escolarizada entre los 10 y 20 años de edad de la ciudad de San Juan de Pasto, de una versión castellana de las pruebas “Suicidal Ideation Questionnaire” y “Suicidal Risk Inventory”, garantizando que cada uno de los ítems sea equivalente lingüística y semánticamente, además de que los términos de la traducción sean comprensibles y culturalmente adecuados.

Considerando su manejo idóneo del idioma Inglés y su experiencia y formación en el campo de la traducción, atentamente le solicito su colaboración con la evaluación de una versión traducida de dichos cuestionarios, de acuerdo con el siguiente protocolo:

6. Lea el ítem, compréndalo y piense en lo que ello significa en el idioma Inglés.
7. Piense en cuál sería el sentido de dicha frase en Español.
8. Lea la versión traducida del ítem.
9. ¿La versión traducida *expresa el sentido original* de la frase en Inglés?  
 Para responder, haga uso de una escala ordinal que varía de 1 a 5, en la que 1 significa que la traducción NO expresa el sentido del idioma original y 5 significa que la traducción expresa COMPLETAMENTE el sentido original.
10. ¿La versión traducida *es comprensible en el contexto cultural* de la ciudad de Pasto?  
 Para responder haga uso de una escala ordinal que varía de 1 a 5, en la que 1 significa que la traducción es completamente incomprensible y 5 significa que la traducción es completamente comprensible.
11. ¿Considera que pueden hacerse ajustes al ítem traducido, de tal manera que sea una mejor traducción en términos de *Equivalencia* semántica o de *Pertinencia* cultural?  
 Si su respuesta es SI, plantee cuál sería dicho ajuste; si su respuesta es NO, pase al siguiente ítem.
12. Continúe con el siguiente ítem, realizando los procedimientos presentados previamente hasta culminarlos todos.

Si tiene alguna inquietud por favor llámeme al celular 312 2874590.

Le agradezco de antemano su valiosa colaboración.

Atentamente,

**Fredy Hernán Villalobos Galvis**

Docente Departamento de Psicología  
 Universidad de Nariño

**Anexo 6**  
**VERSION DE PRUEBA DEFINITIVA**



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

**DATOS DE IDENTIFICACIÓN**

Sexo: Hombre \_\_\_\_\_ Mujer \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ años Consecutivo \_\_\_\_\_

Curso o Semestre \_\_\_\_\_ Institución \_\_\_\_\_  
Facultad: \_\_\_\_\_

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. No te tardes mucho en 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**

**SIQ**

A continuación encontrarás algunos de los pensamientos que a veces tienen las personas. Lee cada frase, recuerda cuántas veces has tenido ese pensamiento EN EL MES PASADO y luego marca con una X en la casilla que corresponda.

<b>Este pensamiento ha estado en mi mente .....</b>	<b>Nunca lo he pensado</b>	<b>Lo he pensado antes, pero no en este mes</b>	<b>Algunas veces: 1 o 2 veces en el mes</b>	<b>A Menudo: 1 o 2 veces por semana</b>	<b>Muy a Menudo: Casi todos los días</b>
1. Pensé que todo sería mejor si yo muriera.	Nunca	No este mes	1 o 2 veces al mes	1 o 2 veces en semana	Casi todos los días
2. Pensé en suicidarme	Nunca	No este mes	1 o 2 veces al mes	1 o 2 veces en semana	Casi todos los días
3. Pensé en cómo podría suicidarme	Nunca	No este mes	1 o 2 veces al mes	1 o 2 veces en semana	Casi todos los días
4. Pensé en qué momento podría suicidarme	Nunca	No este mes	1 o 2 veces al mes	1 o 2 veces en semana	Casi todos los días
5. Pensé en escribir un testamento	Nunca	No este mes	1 o 2 veces al mes	1 o 2 veces en semana	Casi todos los días
6. Pensé en decirle a alguien que voy a suicidarme	Nunca	No este mes	1 o 2 veces al mes	1 o 2 veces en semana	Casi todos los días
7. Pensé en cómo se sentiría la gente si yo me suicidara	Nunca	No este mes	1 o 2 veces al mes	1 o 2 veces en semana	Casi todos los días
8. Deseé estar muerto	Nunca	No este mes	1 o 2 veces al mes	1 o 2 veces en semana	Casi todos los días

9. Pensé que si me suicidaba se acabarían mis problemas	Nunca	No este mes	1 o 2 veces al mes	1 o 2 veces en semana	Casi todos los días
10. Deseé no haber nacido nunca	Nunca	No este mes	1 o 2 veces al mes	1 o 2 veces en semana	Casi todos los días
11. Pensé que a nadie le importaba si yo estaba vivo(a) o muerto(a)	Nunca	No este mes	1 o 2 veces al mes	1 o 2 veces en semana	Casi todos los días
12. Pensé que los demás estarían mejor sin mí	Nunca	No este mes	1 o 2 veces al mes	1 o 2 veces en semana	Casi todos los días
13. Pensé que los demás estarían mejor si yo estuviera muerto(a)	Nunca	No este mes	1 o 2 veces al mes	1 o 2 veces en semana	Casi todos los días
14. Quise tener el valor para suicidarme	Nunca	No este mes	1 o 2 veces al mes	1 o 2 veces en semana	Casi todos los días
15. Pensé que si tuviera la oportunidad de suicidarme, lo haría	Nunca	No este mes	1 o 2 veces al mes	1 o 2 veces en semana	Casi todos los días
16. Pensé en las formas que la gente utiliza para suicidarse	Nunca	No este mes	1 o 2 veces al mes	1 o 2 veces en semana	Casi todos los días
17. Pensé en suicidarme, pero no lo haría	Nunca	No este mes	1 o 2 veces al mes	1 o 2 veces en semana	Casi todos los días
18. Pensé que no valía la pena vivir	Nunca	No este mes	1 o 2 veces al mes	1 o 2 veces en semana	Casi todos los días
19. Pensé que mi vida está tan mal, que no vale la pena seguir viviendo	Nunca	No este mes	1 o 2 veces al mes	1 o 2 veces en semana	Casi todos los días
20. Pensé que si intentaba suicidarme los demás me prestarían atención	Nunca	No este mes	1 o 2 veces al mes	1 o 2 veces en semana	Casi todos los días
21. Pensé que si me suicidaba, los demás se sentirían culpables por no haberse preocupado por mí	Nunca	No este mes	1 o 2 veces al mes	1 o 2 veces en semana	Casi todos los días
22. Pensé en hacerme daño a mí mismo(a), pero no en suicidarme	Nunca	No este mes	1 o 2 veces al mes	1 o 2 veces en semana	Casi todos los días
23. Me pregunté si sería capaz de suicidarme	Nunca	No este mes	1 o 2 veces al mes	1 o 2 veces en semana	Casi todos los días
24. Pensé que si las cosas no cambiaban, me suicidaría	Nunca	No este mes	1 o 2 veces al mes	1 o 2 veces en semana	Casi todos los días
25. Imaginé a mis seres queridos llorando por mi muerte.	Nunca	No este mes	1 o 2 veces al mes	1 o 2 veces en semana	Casi todos los días

**Anexo 7****CONSENTIMIENTO INFORMADO (aplicación de prueba final)**

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

DOCUMENTO DE AUTORIZACIÓN INFORMADA PARA

**PADRES O ACUDIENES**

(Documento Informativo)

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

Validación y estandarización de pruebas psicológicas en adolescentes escolarizados de la ciudad de San Juan de Pasto.

**En qué consiste esta investigación?**

Este estudio busca adaptar algunos cuestionarios que han sido creados en otras partes del mundo, o crear nuevos cuestionarios, que se ajusten a las características de los adolescentes de San Juan de Pasto y que permitan tener un conocimiento científico de ciertos aspectos psicológicos de las personas a las que se les aplique.

**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, el cual se encarga de los procesos de creación, adaptación y aplicación de los cuestionarios, así como de análisis de resultados. El coordinador general del proyecto es el Psicólogo Fredy Hernán Villalobos Galvis (celular 312 297 4590).

**Por qué se hace esta investigación?**

Cuando se crea un cuestionario psicológico, es necesario aplicarlo a un grupo de prueba, con el fin de conocer si en realidad mide lo que pretende medir. Con los resultados de dicha aplicación se podrán hacer los ajustes necesarios para que luego tal cuestionario pueda ser utilizado en otras personas y así conseguir apreciaciones válidas y confiables de sus características psicológicas.

**En quiénes se hará la investigación?**

Los cuestionarios se aplicarán a estudiantes de bachillerato o de universidad que tengan entre 10 y 22 años de edad. Para seleccionar a los participantes de esta investigación, se escogerán al azar algunos cursos de una institución, de tal manera que todas las personas que hagan parte de dichos cursos saldrán automáticamente elegidas para participar en el estudio.

**Qué deben hacer las personas que participan en esta investigación?**

La investigación consiste solamente en que los estudiantes respondan los cuestionarios psicológicos acerca de temas tales como: datos generales, eventos estresores vitales, estrés percibido, estrés cotidiano, depresión, riesgo suicida, desesperanza, autoestima, apoyo social, adaptación y cohesión familiar, razones para vivir, ideas suicidas, resistencia ante el suicidio y solución de problemas.

**Por qué se hace esta investigación con adolescentes y jóvenes?**

Porque la adolescencia y la juventud son etapas muy particulares y si se aplicaran los cuestionarios a personas adultas no se podría conocer qué pasa por la mente de las personas de menor edad.

**Qué molestias o riesgos puede llegar a tener quien participe en la investigación?**

El hecho de que un estudiante responda estos cuestionarios NO representa riesgo significativo para su bienestar integral. Sin embargo, se puede llegar a presentar cansancio físico por la lectura de todos los cuestionarios. De otro lado, es factible que alguna de las preguntas de los cuestionarios permitan que el estudiante recuerde eventos o situaciones molestas o desagradables de su vida. También, es factible que una vez leídas todas las preguntas el mismo joven se dé cuenta de que hay algunas áreas de su vida emocional que requieren de atención o de ayuda profesional.

**Qué beneficios se obtienen de esta investigación?**

El principal beneficio es para la salud de todos los jóvenes de la ciudad de San Juan de Pasto, pues al final del estudio los profesionales de la salud podrán tener a su disposición unos cuestionarios psicológicos con la certeza de que han sido probados en personas de esta ciudad y de que son buenos instrumentos de medición psicológica. Además, y como una forma de compensar el tiempo invertido en contestar los cuestionarios, al joven que responda todos los cuestionarios se le hará entrega de una boleta para el sorteo de bonos para adquirir discos compactos (CD's) de música.

**Qué pasa si mi hijo o yo tenemos alguna pregunta?**

Cualquier inquietud o pregunta que tanto usted como su hijo tengan sobre la investigación, los cuestionarios, etc., pueden plantearla, en cualquier momento, al investigador responsable o al equipo de psicólogos que las aplicarán. Igualmente, el investigador responsable tiene la obligación de brindarle información relevante, obtenida durante la aplicación de los cuestionarios, aún cuando dicha información pueda afectar su interés por participar en la investigación.

**Qué pasa si mi hijo no quiere participar o si yo no quiero que él participe en la investigación?**

Para que un estudiante pueda participar en la investigación se requiere de su propia autorización y de la de sus padres. Si faltara alguna de las autorizaciones, NO aplicaremos ningún cuestionario. Ahora bien, el no participar en la investigación NO generará ninguna consecuencia para el estudiante o su familia, por parte de la institución educativa en la que esté matriculado, ni de la Universidad de Nariño.

Qué pasa si mi hijo o yo no queremos participar en la investigación, pero él ya respondió los cuestionarios?

Si el estudiante o sus padres deciden retirarse de la investigación, el equipo procederá a eliminar los datos obtenidos y a destruir el cuestionario respondido, sin que ello acarree ninguna consecuencia.

**Cómo se manejarán los datos que se recolecten?**

En primer lugar, los cuestionarios serán anónimos, es decir que no tendrán ningún dato que permita reconocer a quien lo respondió. En segundo lugar, los datos recolectados serán manejados únicamente por el equipo de investigación. En tercer lugar, las publicaciones que surjan de esta investigación hablarán solamente de cifras globales y en ningún caso se identificará a alguno de los participantes.

**Puedo tener una copia de los resultados de mi hijo?**

No, ya que el objetivo de este estudio es probar si los cuestionarios funcionan bien en población de San Juan de Pasto y, además, no es posible obtener información de una persona específica ya que su diligenciamiento será completamente anónimo.

**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 7311449 ext. 259.

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.

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

**Gracias!**

Por medio de la presente autorizo que \_\_\_\_\_, quien está bajo mi custodia legal, participe en la investigación denominada “*Validación y estandarización de pruebas psicológicas en adolescentes escolarizados de la ciudad de San Juan de Pasto*”.

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.

Declaro que no he sido sometido a ningún tipo de presiones y que mi decisión de participar en esta investigación es completamente voluntaria.

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.

En constancia se firma en San Juan de Pasto, a los \_\_\_\_ días, del mes de \_\_\_\_\_, del año \_\_\_\_\_.

	Nombre y Cédula	Firma	Teléfono de Contacto
Padre/Madre de Familia o Acudiente			
Investigador	Fredy Hernán Villalobos Galvis		312 297 4590
Testigo 1			
Testigo 2			

**Anexo 8****Asentimiento informado para menores de edad**

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

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

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

Validación y estandarización de pruebas psicológicas 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?**

Cuando se crea un cuestionario psicológico, es necesario aplicarlo a un grupo de prueba, con el fin de conocer si en realidad sirve. Con los resultados de dicha aplicación se podrán hacer los ajustes necesarios para que luego tales cuestionarios puedan ser utilizados en otras personas que los necesiten.

**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 o de universidad que tengan entre 10 y 22 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 estará 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 tu 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 tu 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 tu 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 tener unos cuestionarios que se puedan aplicar a otros jóvenes como tú, para ayudarlos cuando tengan algún problema psicológico.

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

Si contestas TODOS los formularios te entregaremos una boleta para el sorteo de BONOS con los cuales puedes ir a comprar CD's de música.

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

Cualquier inquietud o pregunta que tengas debes plantársela 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 7311449 ext. 259.). 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!**

Yo, \_\_\_\_\_, entiendo que me piden que participe, si yo quiero, en la investigación denominada “Validación y estandarización de pruebas psicológicas en adolescentes escolarizados de la ciudad de San Juan de Pasto”.

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.

Sé que puedo elegir participar en la investigación o no hacerlo, sé que puedo retirarme cuando quiera, sé que mis respuestas 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.

Sé que sólo se me aplicarán los cuestionarios si mis padres o las personas que responden por mí, también lo autorizan.

Por lo anterior SI QUIERO PARTICIPAR en la investigación.

En constancia se firma en San Juan de Pasto, a los \_\_\_\_ días, del mes de \_\_\_\_\_, del año \_\_\_\_\_.

	Nombre	Firma	Teléfono de Contacto
Estudiante			
Investigador	Fredy Hernán Villalobos Galvis		312 297 4590
Testigo 1			
Testigo 2			

**Anexo 9**  
**CONSENTIMIENTO DEL**  
**PADRE / MADRE DE FAMILIA**  
**ENTREVISTA IDEACIÓN SUICIDA**

Cómo padre / madre de \_\_\_\_\_  
identificado con TI N° \_\_\_\_\_ hago constar que  
tengo pleno conocimiento de la aplicación de la entrevista “IDENTIFICACION  
DE IDEAS SUICIDAS” aplicadas por las estudiantes de psicología de la  
Universidad de Nariño, Doris Liliana Castro identificada con CC N° 27.108.938  
de Ancuya (N) y Fátima Tatiana Sevillano identificada con CC N° 59.685.778 de  
Tumaco (N), con el fin de recolectar información para la adaptación de la  
prueba “SIQ”, y por lo tanto acepto que mi hij@ participe de esta entrevista.

Esta entrevista se lleva a cabo el día \_\_\_\_\_ del Mes \_\_\_\_\_  
del Año \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
CC N°  
Firma del padre / madre  
del participante

\_\_\_\_\_  
CC N°  
Firma de la estudiante