

**CONSTRUCCIÓN, VALIDACIÓN Y ESTANDARIZACIÓN DE UNA
ESCALA QUE MIDE RIESGO SUICIDA EN ADOLESCENTES
DE LA CIUDAD DE PASTO**

GEMA PATRICIA LEGARDA

ANDRES PAZ ORTEGA

**UNIVERSIDAD DE NARIÑO
FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS
PROGRAMA DE PSICOLOGÍA
SAN JUAN DE PASTO**

2001

**CONSTRUCCIÓN, VALIDACIÓN Y ESTANDARIZACION DE UNA
ESCALA QUE MIDE RIESGO SUICIDA EN ADOLESCENTES DE LA
CIUDAD DE SAN JUAN DE PASTO**

GEMA PATRICIA LEGARDA

ANDRES PAZ ORTEGA

Trabajo de grado para optar título de Psicólogos

PRESIDENTE FREDY HERNAN VILLALOBOS GALVIS

Psicólogo

UNIVERSIDAD DE NARIÑO

FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS

PROGRAMA DE PSICOLOGÍA

SAN JUAN DE PASTO

2001

AGRADECIMIENTOS

Desde la concepción de este proyecto fueron muchas las personas y entidades que se mostraron prestas a colaborar para que llegase a feliz término, entre ellos cabe destacar a Paidos IPS, quien a través de su equipo humano y técnico ofrecieron soluciones oportunas en el momento adecuado, así mismo a Rolando Narváez y su familia por su constante apoyo, generosidad y comprensión durante este proceso, de igual manera a todas aquellas instituciones de educación media que sin reparo ofrecieron sus locaciones y personal en las diferentes fases de la prueba, a los Psicólogos y pacientes quienes desde su anonimato hicieron posible la validez clínica, a la Secretaria de Educación municipal, ICBF y Medicina Legal por proporcionar información estadística veraz, sin embargo pasado el tiempo es posible que omitamos algunos nombres, lo cual no significa que no hayan sido importantes en su momento.

*A quienes han sido protagonistas en mi
vida.*

Por supuesto.

Andrés

*A mis padres quienes son la piedra
angular*

*en mi diario existir,
y a Manuelita mi pequeño tesoro.
Gema Patricia*

TABLA DE CONTENIDO

LISTA DE TABLAS	7
RESUMEN	9
INTRODUCCIÓN	11
Escala de Riesgo Suicida	11
Planteamiento del Problema	11
Formulación del Problema	15
Objetivos	15
Justificación	15
MARCO TEORICO	19
Consideraciones Generales	19
Aspectos Históricos	19
Suicidio en la Historia	19
Historia del Suicidio	20
Suicidio	22
El Adolescente y la Conducta Suicida	24

Factores de Riesgo	27
Factores Familiares	28
Factores Sociales	30
Aspectos sociológicos relacionados	34
Eventos Vitales	35
Factores Psicopatológicos	37
Depresión	37
Respuestas de Riesgo	42
Cognitivas	42
Motoras	43
Fisiológicas	43
Marco Conceptual	44
Depresión	44
Equivalentes suicidas	45
Eventos vitales	45
Factores familiares	45
Factores de riesgo	45
Factores sociales	45
Ideación suicida	46
Intentos de suicidio	46
Respuestas cognitivas	46

Respuestas fisiológicas	46
Respuestas motoras	46
Respuestas de riesgo	47
Suicidio	47
Tentativa de suicidio	47
ASPECTOS METODOLOGICOS	48
Tipo de Estudio	48
RESULTADOS	49
Plan de Prueba	49
Atributo a medir	49
Definición del Atributo	49
Operacionalización del atributo	49
Tipo de Escala	52
Objetivo de la Prueba	52
Usos	52
Población	53
Formato	53
Estructura de Prueba	54
Prueba Piloto	55
Prueba Experimental	59
Análisis de Resultados Obtenidos	60

Análisis de confiabilidad	60
Análisis de validez clínica	63
Baremos	65
DISCUSIÓN	71
REFERENCIAS	77
ANEXOS	80
Anexo A Cuestionario 1	81
Anexo B Cuestionario 2	86
Anexo C Prueba Experimental	91
Anexo D Manual de Aplicación	99
Anexo E Escala de Riesgo Suicida en Adolescentes	105

LISTA DE TABLAS

Tabla 1	
Estudio Epidemiológico Centro Proinco	12
Tabla 2	
Consolidado Nacional año 2000	13
Tabla 3	
Censo Delictivo Nacional	14
Tabla 4	
Suicidios Ciudad de Pasto año 2000	16
Tabla 5	
Reporte de Suicidios Unidades Locales Medicina Legal	17
Tabla 6	
Diferenciación por Variables en Intentos y Suicidios Consumados	25
Tabla 7	
Estructura de la Prueba	54
Tabla 8	
Items que Presentaron Dificultad en el Cuestionario 1	56
Tabla 9	

Items que Presentaron Dificultad en el Cuestionario 2	58
Tabla 10	
Confiabilidad por Factores y Areas	61
Tabla 11	
Items Eliminados	62
Tabla 12	
Valor de t por Areas y Factores	64
Tabla 13	
Comparación Porcentual de Resultados	65
Tabla 14	
Comparación de Medias	66
Tabla 15	
Baremos para Hombres en Institución Oficial	67
Tabla 16	
Baremos para Hombres en Institución Privada	68
Tabla 17	
Baremos para Mujeres en Institución Oficiales	69
Tabla 18	
Baremos para Mujeres en Institución Privada	69

GLOSARIO

Depresión: estado de tristeza en el que el individuo empieza a considerarse inadecuado a la vez que realiza evaluaciones negativas sobre si, y sobre el futuro, llegando a afectar su desempeño en diferentes áreas de su vida (Hamimond y Romney, 1995).

Eventos Vitales: son todas aquellas situaciones que de alguna manera generan estrés y que se presentan de manera casi permanente a nivel escolar, social, familiar y que cobran gran fuerza generando conductas suicidas (Eggert, Thompson y Herting, 1994).

Factores Familiares: son aquellos aspectos como la comunicación, la estructura y la forma de relacionarse dentro del núcleo familiar, que aumenta o disminuye la posibilidad de realizar conductas suicidas (Gastaminza, Vacas y Ros, 1998).

Factores de Riesgo: confluencia de múltiples variables que se convierten en predisponentes de conductas suicidad existen muchos factores entre ellos: los familiares, sociales, estresantes y psicopatológicos (Gastaminza, Vacas y Ros, 1998).

Factores Sociales: Se entiende como las diferentes interacciones del

adolescente fuera del grupo familiar en donde debe enfrentarse con el ambiente escolar, los medios de comunicación y la interacción con su grupo de iguales (Arranz, 1998).

Intentos de Suicidio: acto que no tiene como resultado la muerte y en el que el individuo se produce daño, estando presente el deseo o intencionalidad de morir (Goldman, 1996).

Respuestas Cognitivas: son todos aquellos pensamientos que le impiden al adolescente resolver adecuadamente sus vidas, como los sentimientos de desesperanza, la baja concentración y el aburrimiento entre otros (Patros y Shamoo, 1989).

Respuestas Fisiológicas: son aquellos cambios que se presentan a nivel de sueño, alimentación y estado físico en general (Patros y Shamoo, 1989).

Respuestas Motoras: actos que se convierten en señales para realizar algún tipo de intervención, encontramos como respuestas motoras la tentativa de suicidio, la amenaza de suicidio entre otros (Patros y Shamoo, 1989).

Respuestas de Riesgo: se comprenden como las señales de aviso, que aparecen con anticipación a la tentativa de suicidio, afectando canales de respuesta ya que el adolescente empieza a hablar de muerte, regalar posesiones, abusar de drogas (Papalia, 1997).

Suicidio: se entiende como el acto de quitarse la vida voluntariamente (Moron, 1992).

Resumen

La escala de Riesgo suicida se elaboró inicialmente con la creación de un universo de items basados en la teoría encontrada sobre el tema, a partir de esta se constituyó la prueba piloto la cual fue sometida a la evaluación por parte de cuarenta estudiantes, con edades entre los trece y dieciocho años pertenecientes a dos instituciones de educación media de nuestra ciudad; lo cual permitió descartar reactivos que presentaron dificultad para ser entendidos, a la vez que se hicieron las debidas correcciones de ciertos elementos que constituyen la prueba, a partir de estos cambios se conformó la prueba experimental, con un total de cien reactivos; la que fue aplicada a trescientos veinte adolescentes escolarizados de nuestra ciudad

En lo referente al análisis estadístico, la validez se realizó a través de una prueba t, confirmándose así su eficiente desempeño práctico (99%). La confiabilidad se la obtuvo a partir del Coeficiente de Alpha de Cronbach, con un alto índice de homogeneidad o consistencia interna (95%) entre sus reactivos. Por último se crearon tablas de baremos por institución y género para la interpretación apropiada de los datos que se obtengan de la aplicación

de la escala.

Abstract

The scale of suicide risk was built based on the theory found about the subject from which the pilot test was designed. This test was evaluated with 40 teenage students attending two secondary education institutions in town, a private (higher social class) and a public one (lower). This trial allowed to discard and correct what was convenient. From these changes the pilot test was delivered which included a total of 100 subjects divided in two large groups.

The experimental test was given to 320 schools and the other half from public ones. In order to increase the validity of the scale, a clinical validation was planned which required the search of youngsters at the ages proposed who would present a diagnosis of depression or suicide attempt. These persons were tested with the support of institutions whose profile is social service to vulnerable teenage population.

Concerning the statistic analysis, validation was performed through "T of Student" test, which proved a meaningful difference between clinical and non clinical population, which confirms a proficient performance. Reliability was obtained from Alpha de Cronbach Coefficient, for both each subject at the scale and the entire. Finally, Tables of Baremos were developed considering

institution and gender in order to obtain a proper interpretation of data that will be collected when scale is employed.

Escala de Riesgo Suicida

La psicología experimental se ha caracterizado durante toda su trayectoria como una disciplina que ha brindado soluciones oportunas a las necesidades que se desarrollan en los diferentes campos de acción en los cuales se ve involucrada.

La psicometría a través de sus procesos de validación y estandarización contribuye al desarrollo de la psicología experimental a partir de la formulación de hipótesis que aporten a la construcción de conocimientos teóricos a través de la medición científica de un fenómeno comportamental.

Ante el reto que ofrece la creciente demanda de servicios psicológicos de urgencias en el caso de comportamientos suicidas en adolescentes en Nariño (Comunicación personal Dr. Cástulo Cisneros, quien adelanta la creación de un programa de atención para casos de suicidio), es necesario implementar una prueba con las características que se presentan a continuación como un medio facilitador en los procesos que involucran este tipo de conductas, como es el caso de los factores asociados a las mismas, los eventos estresantes actuales y las interacciones sociales entre otros.

Planteamiento del Problema

San Juan de Pasto es considerada como una apacible ciudad donde aparentemente no suceden mayores acontecimientos, sin embargo lo contrario parece demostrarse en estudios presentados por instituciones y cuerpos estatales encargados de velar por la salud de sus habitantes. Sólo por tomar un ejemplo, en una institución de educación no formal donde se realizó un estudio epidemiológico en adolescentes que ingresan al servicio de psicología se encontró entre otros, los siguientes trastornos.

(ver Tabla 1).

Tabla 1

Estudio Epidemiológico Fundación Centro PROINCO año 2000

Diagnóstico	Masculino %	Femenino %	Total %
Ansiedad	75	13	88
Depresión	6	21	27
Cond. Agresivas	6	6	12
Def. HHSS	20	15	35
Def. Autoestima	14	17	31

Esta información permite realizar una aproximación a lo que sucede en el interior de muchos centros educativos donde no se realiza intervención clínica. Siendo así, se puede presupuestar que las alarmantes cifras de comportamientos

que se relacionan con posibles conductas de riesgo suicida, tienden a aumentar en la medida que no se asuman planes de detección, prevención e intervención ante este fenómeno.

Según el consolidado nacional que realiza Medicina Legal cada año, Pasto ocupa el séptimo lugar en la presentación de suicidios, después de las ciudades más pobladas del país como son: Bogotá, Cali, Medellín, entre otras; y la tasa de presentación por cada cien mil habitantes es de once. (ver Tabla 2)

Tabla 2

Consolidado Nacional año 2000 (suicidios)

Ciudad	Casos	tasa x100.0000hab
Bogotá	363	7
Cali	153	7
Medellín	122	6
Bucaramanga	77	7
Barranquilla	64	5
Cúcuta	63	8
Pasto	56	11

A diferencia de lo planteado por el ministerio de justicia quienes no consideran el suicidio como un delito, pero al referirse a las cifras de suicidios consumados durante el año 1999 en la ciudad de Pasto muestran tan solo un

caso, lo cual, es una cifra poco lógica en una población de más de trescientos mil habitantes; de igual manera realizan una descripción de las situaciones que más se presentan en la población entre doce y veintiséis años, como son diferentes hechos violentos que cuales pueden ser considerados como conductas equivalentes de riesgo suicida.(ver Tabla 3)

Tabla 3

Censo Delictivo Nacional año 1999

Delito	total
Suicidio	1
Secuestro	2
Hechos violentos	886
Lesiones personales	126
Muertes en accidentes de tránsito	22

En el actual semestre se han registrado 53 casos de intervención en crisis tan sólo en un hospital de tercer nivel en la capital del Departamento de Nariño (Comunicación personal Dr. Cástulo Cisneros, 2001, quien adelanta la creación de un programa de atención a jóvenes que se encuentran en alto riesgo de cometer suicidio). Como parte de una estrategia que debe involucrar un trabajo interdisciplinario que aborde la problemática del suicidio globalmente y, además responda a las necesidades académicas de contribuir en el avance de

una línea de investigación en medición y modificación del comportamiento, se plantea la "Escala de riesgo de Comportamientos Suicidas" como un mecanismo de acción que contribuya a la detección de casos en población vulnerable por sus características sociales y evolutivas como son: Los adolescentes.

Formulación del problema

Cuál será la confiabilidad y validez de la prueba que mide Riesgo Suicida en adolescentes escolarizados de la ciudad de San Juan de Pasto?

Objetivos

Objetivo General

Construir una prueba estandarizada que mida Riesgo Suicida en adolescentes escolarizados en la ciudad de San Juan de Pasto, determinando sus características psicométricas.

Objetivos Específicos

1. Definir el atributo denominado Riesgo Suicida en adolescentes escolarizados.
2. Diseñar una prueba estandarizada que mida el atributo "Riesgo suicida".
3. Establecer la confiabilidad y la validez de la prueba.
4. Estandarizar la prueba psicométrica.

Justificación

Cuando se presentan comportamientos suicidas en adolescentes, estos no

excluyen variables como condición económica, estrato social o nivel educativo, simplemente pueden cambiar los escenarios pero al final los argumentos suelen ser los mismos. Ipiales y Pasto en el año inmediatamente anterior se caracterizaron por las elevadas cifras de suicidios consumados que se reportaron en los servicios hospitalarios, llegando a 1.04 casos por semana, lo cual equivaldría a 56 casos en el año anterior (ver Tabla 5); superando ostensiblemente la tasa de ciudades como Bogotá, donde la tasa es de 7 por 100.000 habitantes, mientras que en el Departamento esta medida puede llegar a duplicarse, solo en la población adolescente se encuentra el 60.5% (ver Tabla 4) del total de casos presentados. (Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, 2000).

Tabla 4

Suicidios ciudad de Pasto año 2000

Causa	EDAD /GENERO		
	5 – 14	15 - 17	18 - 24
	M - F	M - F	M - F
Intoxicación	0 0	8 8	6 6
Arma de fuego	0 0	1 0	3 1
Suspensión	1 0	0 0	5 1
Arma C/punzante	0 0	1 0	1 0
Total	1 0	10 8	15 8
Gran total	32 casos 60.5%		

La información suministrada por Medicina legal a través de los reportes presentados por las unidades locales ubicadas en diferentes zonas del departamento nos presentan una situación no muy alentadora, ya que la tasa de suicidios por cien mil habitantes es bastante alta principalmente en la ciudad de Ipiales seguida por La Unión, Pasto, Túquerres y Tumaco.(ver Tabla 5)

Tabla 5

Reporte de Suicidios en Unidades Locales de Medicina Legal

Unidad	Casos	Tasa x 100.000 hab
Ipiales	16	20
Tumaco	5	4
La Unión	2	15
Túquerres	2	4
Pasto	56	11

Así mismo en el año anterior se reportaron 353 intentos de suicidio (Asociación Colombiana de Psiquiatría, 2001), con lo cual quedaría marcada la necesidad de establecer sistemas que brinden información oportuna para que este tipo de comportamientos se presenten en menor medida. Es así como esta prueba psicométrica se presenta como una herramienta que facilite el desempeño diagnóstico de la psicología y de esta manera se invierta mayor

cantidad de tiempo en la implementación de otro tipo de programas que ayuden a la disminución de este fenómeno psicológico; ya que las consecuencias que se presentan son a nivel epidemiológico, con implicaciones sociales, ya que los adolescentes pueden imitar las conductas con fin suicida de las que ha tenido conocimiento, esto sumado a la posible presencia de algún factor psicopatológico como por ejemplo la depresión, que eleva la posibilidad de consumación de este hecho; de forma paralela a nivel familiar se presentaría dificultad en la forma de afrontamiento de diferentes situaciones.

MARCO TEORICO

Consideraciones Generales

Aspectos Históricos

El estudio sobre aspectos históricos del suicidio se los puede abordar desde dos puntos de vista, refiriéndonos al suicidio en la historia y la historia del suicidio.

El primero hace referencia a la forma como se juzgó, sintió y comprendió el suicidio en diferentes épocas, el segundo tiene que ver con los trabajos realizados sobre el tema.

Suicidio en la historia. El suicidio puede ser considerado como un fenómeno tan antiguo como el hombre mismo, variando en cada época las concepciones que se han formado desde el punto de vista filosófico, religioso, intelectual, popular (Sarró y de la Cruz, 1991).

Diferentes factores han conducido a las personas a suicidarse, ya sea por influencias religiosas, como por ejemplo en el Brahmanismo, en el cual la gente tratando de llegar al estado de Nirvana, utilizaba el suicidio como un camino

para lograr su objetivo. Posteriormente el Hara Kiri y el Seppuku, se convirtieron en formas de suicidio tradicional (Morón, 1992).

Durante la decadencia del imperio Romano los suicidios aumentaron en gran medida, las personas preferían la muerte que dejar sus posesiones a personas desconocidas que formaban parte de los gobernantes del imperio.

En el principio el cristianismo aceptaba en ciertas circunstancias el suicidio, pero poco a poco, la iglesia se volvió intransigente ante esta situación ya que la gente trataba de alcanzar la vida eterna a través del martirio y del suicidio. Por medio de diferentes concilios se aceptó la idea de castigar y tratar de prevenir este tipo de conducta.

En el Renacimiento existía un fuerte pronunciamiento en contra del suicidio aunque se argumentaba que debía ser permitido para mitigar el dolor y el sufrimiento (Sarró y de la Cruz, 1991), afirmando además que el hombre podía disponer sobre vida y el destino de la misma.

En el siglo XIX los suicidios se incrementaron a tal punto que en Gran Bretaña y Estados Unidos se crearon grupos de suicidas (Morón, 1995); actualmente sigue siendo un tema bastante debatido, algunos lo aceptan al estar de acuerdo con la creación de instituciones de Eutanasia voluntaria, otros aún lo rechazan y lo condenan.

Historia del suicidio. El suicidio ha sido tema de estudio desde hace varios años, la palabra como tal fue utilizada en 1737, pero hasta el siglo XIX se la

aceptó dentro de las investigaciones realizadas principalmente por psiquiatras (Sarró y de la Cruz, 1991).

El fundador de la doctrina psiquiátrica, Esquirol en 1938, hace referencia a la reacción suicida como un síntoma psicópata (Morón, 1992). Además este autor afirma que ningún individuo puede negar que por su mente haya pasado la idea de suicidarse y hasta deseo de precipitarse al vacío encontrándose en un lugar elevado, o bien de ahogarse al pasar sobre un puente, sin que se pueda explicar este deseo de realizar actos suicidas, Sarró y de la Cruz (1991) comentan que el acto suicida surge de una afección moral originada por diferentes aspectos de la vida humana como la ambición, el remordimiento, la ira, el temor y problemas familiares entre otros.

Halbwachs, citado por Morón (1992), afirma que alrededor del individuo se genera una especie de vacío social que se convierte en una de las principales causas del suicidio, a la vez que realiza una diferenciación entre los tipos:

1. Suicidio egoísta, el cual se presenta por desintegración del grupo social.
2. Suicidio altruista, que al contrario del primero se genera por sobreintegración social.
3. Suicidio anónimo por falta de unión social.
4. Suicidio fatalista, por el exceso de reglas sociales, de mayor frecuencia

en la época de los esclavos.

La sociedad es un factor muy importante en la mayoría de los comportamientos que realizan las personas, por lo cual más que pensar en el suicidio como un sacrificio, se debe analizar cómo el medio rechaza y motiva este tipo de actos.

En la actualidad se torna importante el estudio de comportamientos no autodestructivos pero que pueden desencadenar respuestas suicidas como la ansiedad, la culpa y la dependencia, conformando factores psicológicos presentes en las conductas suicidas, además cada vez se tornan más numerosas las publicaciones e investigaciones que al tema se refieren con lo cual se puede realizar una mejor comprensión y manejo del tema.

Suicidio

Se entiende como suicidio el acto de quitarse la vida voluntariamente (Morón 1992). Convirtiéndose, según Arranz (1998), en el resultado de múltiples factores y situaciones que al unirse producen conductas suicidas, las cuales atraviesan por ciertas etapas que van de la ideación suicida pasando por amenazas e intentos de suicidio.

El espectro completo relacionado al suicidio está compuesto, como ya fue mencionado, por el suicidio consumado, el intento de suicidio y la ideación suicida.

El suicidio consumado abarca todos aquellos actos que realiza la persona en si y que tiene como resultado la muerte. En algunas ocasiones el suicidio puede ser considerado como un accidente o deberse a una sobredosis tóxica accidental, ya que presenta dificultades para su diferenciación (Goldman, 1996).

El intento de suicidio es el acto que no tiene como resultado la muerte y en el que el individuo se produce daño, estando presente el deseo o intencionalidad de morir; la persona se siente frustrada y guarda poca esperanza de recibir ayuda del medio, por lo tanto, se percibe agotado, sin ningún tipo de alivio, y es por esta razón que se facilita el intento de suicidio. La decisión de morir se observa desde un punto de vista lógico y filosófico, contemplando la muerte a partir de la pregunta ¿entonces por qué no ahora?, el individuo que realiza este tipo de pregunta se encuentra en más grave riesgo que aquel no se la realiza, ya que a partir de esta se valora la letalidad y disponibilidad del método que se ha elegido (Goldman, 1996).

La ideación suicida abarca los pensamientos temporales como: “la vida no vale la pena”, “estarían mejor sin mí”; hasta ideas con un plan serio, que abarcan fantasías relacionadas al suicidio; aunque estos pensamientos temporales podrían pasar desapercibidos, se debe prestar gran interés si provienen de un adolescente o adulto con inestabilidad emocional. Otro tipo de pensamientos son los llamados sostenidos, ya que funcionan como un hábito

doloroso (ideas recurrentes de muerte), que pueden desencadenar en gestos suicidas como cortes superficiales en las muñecas y la ingestión no mortal de medicamentos (Goldman 1996).

El suicidio es un acto que tiene como objetivo la muerte, en el cual el protagonista tiene conocimiento claro de la acción que va a realizar; son conocidos otros términos que guardan directa relación con el tema tratado como son: (a) la tentativa de suicidio, acto que no tiene como fin la muerte sino que por lo general las personas se autolesionan como medio para llamar la atención; y (b) el parasuicidio en el cual la persona no tiene el deseo de muerte, pero tiene como objetivo que a partir de su comportamiento se presenten cambios en la conciencia y condiciones sociales (Sarró y de la Cruz, 1991).

Son importantes las conductas conocidas como equivalentes suicidas, como son el rechazo a un tratamiento, a la alimentación, toxicomanías graves cuando el sujeto ha sido advertido, la búsqueda consciente y gratuita del peligro vital, entre otras (Morón, 1992).

Aunque en la actualidad ante este fenómeno se han realizado un gran número de investigaciones, los suicidólogos no han podido llegar a una definición y clasificación definitiva de la conducta suicida ya que cada autor realiza estas de forma diferente enfatizando en determinados aspectos sin llegar a un punto definitivo.

El Adolescente y la Conducta Suicida

Los adolescentes al igual que otros grupos de personas como enfermos psíquicos, mayores de sesenta y cinco años y sujetos privados de la libertad, forman parte de la población que se encuentra en riesgo de realizar una tentativa o consumir un suicidio. Más de la mitad de decesos por suicidio corresponde a adolescentes y adultos jóvenes entre los diecisiete y veinticinco años (Morón, 1992).

Es probable que de un 4% a un 9% de jóvenes consumen el suicidio después de una tentativa, la posibilidad de que algunas personas recaigan aumenta por su edad, sexo, nivel de estrés, la gravedad de la tentativa anterior, el que la persona no viva con sus padres, entre otros (Sarró y de la Cruz, 1991). Se ha encontrado en adolescentes que han presentado conducta suicida, trastornos depresivos, de personalidad, sentimientos de desesperanza y preocupación, problemas con la familia y con los amigos.

En la Tabla 6 encontraremos una comparación que ilustra algunos aspectos de personas que intentaron suicidarse y que fracasaron o lo lograron, este estudio fue realizado en el Centro para la Prevención del Suicidio, L.A California (Davison y Neale, 2000):

Tabla 6

Diferenciación por Variables en Intentos y Suicidios Consumados

Característica	fracasaron	lo lograron
----------------	------------	-------------

Género	mujeres en su mayoría	varones en su mayor parte
Edad	de preferencia jóvenes	el riesgo aumenta con la edad
Método	baja letalidad (pastillas y cortaduras)	Más violentos (disparos, saltar desde las alturas)

Tabla 6 continuación

Circunstancias	intervención factible	se cuida de que no los descubran.
Diagnósticos comunes	trastorno distímico	Trastorno agudo del Estado de ánimo, alcoholismo y esquizofrenia.
Afectividad Dominante	Depresión con cólera	depresión con desesperanza.
Motivación	cambio de situación grito de ayuda	morir
Curso hospitalario	recuperación rápida de la disforia	
Actitud hacia su Intento	alivio ante el hecho de salvarse y promesas de no reincidir	

En estados Unidos el suicidio entre los 15 y 24 años es la tercera causa de muerte después de los accidentes de circulación y homicidios, seguido por enfermedades del corazón y cáncer. Ante un notorio incremento del suicidio en diferentes partes del mundo es conveniente que haya mayor información, para que los jóvenes expresen la presencia de algún tipo de conflicto (en el

ámbito social, familiar y escolar.) y que no encuentren en el suicidio la salida más conveniente.

Se ha encontrado que el suicidio es de mayor prevalencia en adolescentes que en niños; y el que el factor de mayor importancia es la desesperanza. A partir de esta, se puede predecir el intento de suicidio, además, de estar relacionada con los trastornos depresivos, los cuales tienen una relación muy alta con los intentos de suicidio, aunque esto no quiere decir que no todas las personas con depresión se suicidan, es un factor de gran importancia que debe ser tenido en cuenta (Wicks e Israel, 1996). Estos autores consideran que las causas de suicidio suelen ser múltiples, esto sumado a que la vulnerabilidad de los jóvenes se incrementa al tener dificultades en la resolución de problemas, en las habilidades de autorregulación y en sus capacidades para afrontar situaciones de tensión.

A continuación se revisará tanto los factores de riesgo como las respuestas de riesgo del suicidio en adolescentes.

Factores de Riesgo

Como fue mencionado en su definición, el suicidio es el resultado de múltiples variables que se convierten en predisponentes de esta conducta (Sarró y de la Cruz, 1991), aunque los autores realicen diferentes clasificaciones de estas variables tienden a mencionar siempre determinados factores como son: la edad, el sexo, la raza, el medio rural y urbano, estado civil, clase social, nivel

cultural, profesión, religión, aislamiento social, factores biológicos, genéticos, bioquímicos, situación laboral, etc.

Dado que nuestra investigación esta dirigida a cierto grupo de la población (adolescentes), se realizará una explicación de los factores que se relacionan con la misma.

Factores familiares

Este es un factor de gran importancia ya que el matrimonio protege a los integrantes de la familia, mientras que la fragmentación y desestructuración familiar aparece como un riesgo para la aparición de conductas suicidas, por lo tanto un divorcio implica la reducción de las relaciones y responsabilidades, acentuándose los problemas económicos (Gastaminza, Vacas y Ros, 1998), en algunas ocasiones no solo el divorcio implica riesgo sino también las alteraciones que pueden presentar los padres ya que en algunos hogares existe la depresión, sobre todo de la madre, lo que implica un menor contacto emocional, alterando el desarrollo o bien reforzando este tipo de comportamientos en el niño a partir del modelo que le ofrecen.

Dentro del proceso de separación, es generalmente la madre quien obtiene la custodia del niño, en ese momento se encuentra deprimida, concentrada en si misma , y pierde el tacto en el trato de sus hijos (Blom, Asher y White, 1978). La forma en que los hijos asumen esta nueva situación varía de acuerdo a la edad, ya que los de corta edad están más propensos a culparse por la

separación de sus padres y pasan largo tiempo imaginándose una reconciliación; pero si los hijos de estas parejas se encuentran en la etapa de la adolescencia sienten ira y tristeza terrible pero son más realistas en la atribución de culpas, y encuentran algún grado de satisfacción ya sea en la escuela o con sus amigos; en cuanto al genero por lo general los más afectados son los varones y son quienes reciben más atención, a diferencia de las mujeres, tanto en el momento de la separación como más adelante; ya que al cabo de aproximadamente dos años, empiezan a recuperar el equilibrio en sus áreas de desempeño, en esta época los jóvenes son propensos a tomar decisiones de manera precipitada y a actuar de acuerdo a ellas, dejándose llevar por las soluciones supuestamente fáciles a su problemática (Hetherington, Cox y Cox, 1979), estos autores plantean que si bien el divorcio representa una buena solución cuando la familia perjudica el desarrollo del niño; la época ulterior al mismo es una transición difícil y de alto riesgo tanto para los padres como para los hijos, requiriendo de medios de apoyo que guíen a la solución de los problemas.

Una de los puntos para tener en cuenta son las características de interacción entre los miembros de la familia, las cuales implican un riesgo, ya que las relaciones conflictivas entre el niño y sus padres o la falta de interés y atención y la presencia de críticas persistentes, castigos continuos se han relacionado con la conducta suicida (Anadon, 1996). Así mismo debemos tener en cuenta las

pautas de crianza o estrategias que utilizan los padres para controlar las conductas de sus hijos, entre estas encontramos una en particular: control fuerte VS no afecto, la cual se caracteriza por un inapropiado manejo de la autoridad, basado en el no reconocimiento del afecto como reforzador de comportamientos adaptativos (Santana, 1996), esto podría desencadenar comportamientos depresivos asociados a suicidio ya que en esta predomina la no asertividad, el déficit en expresión de sentimientos y el no reforzamiento de conductas de aseo y autocuidado; la verbalización mas común entre los adolescentes educados bajo esta pauta de crianza es:” a mis papás yo nunca les importé”.

Dentro del hogar se debe hacer lo posible para mantener una buena comunicación, la cual consiste en escuchar y hablar, aceptar los sentimientos de los niños y de los jóvenes. Gordon (1975), sugiere que los adultos deben mostrar aceptación tanto verbal como no verbal y permitirle a los niños ser activos e intervenir en conversaciones, ya que esa actividad no implica riesgo, evitando que se presenten dificultades relacionadas con las diferencias generacionales u otras barreras en la comunicación familiar que impiden la expresión de los jóvenes, disminuyendo la posibilidad de verbalizar sus inquietudes y problemas, alejándose del grupo familiar y aumentando el riesgo de encontrar como salida el suicidio. A esto debe sumarse que en muchos casos de suicidios consumados por adolescentes se han encontrado mensajes

escritos, los cuales se caracterizan por pensamientos de frustración y abandono al no cumplir con las expectativas que sus padres imponen.

Factores sociales

Dentro de los factores sociales los pensamientos que se han generado en torno al suicidio se constituyen como un factor de riesgo, ya que se guarda la idea de que el niño o el adolescente no comprende la totalidad de ese hecho, sin tener en cuenta que a partir de los diez o doce años el niño comprende la irreversibilidad de la muerte siendo esta época cuando empieza a aparecer el fenómeno suicida. Otra de las concepciones falsas es la descripción de la infancia como una época de felicidad en la cual es imposible que aparezca la depresión o la desesperanza ó creer que al realizar una amenaza esta no será cumplida; impidiendo una prevención temprana de conductas suicidas, por lo tanto estas personas quedan relegadas de la posibilidad de recibir un tratamiento (Gastaminza, Vacas y Ros, 1998).

Otro aspecto importante para ser mencionado es el Aislamiento Social, entendido como la falta de relación con otras personas más que como un término geográfico o físico, vinculado de manera principal al suicidio consumado, lo que se explica, según Arranz (1998), porque las personas que realizan tentativas tienen problemas a nivel familiar pero no están totalmente desconectadas de ella, mientras que las personas que se suicidan han llegado a un nivel grave de aislamiento de su ambiente social y familiar.

En cuanto a la interacción con el grupo de iguales debemos recordar que al interior de este se explora el mundo y sus implicaciones cuando la influencia familiar ha dado paso a un proceso de maduración para el fortalecimiento de pensamientos que guiarán el quehacer adulto. “Es necesario vivir con los iguales, con sus valores y experiencias, imitar, participar de sus emociones... es así como el grupo se convierte en el laboratorio donde se experimenta la afectividad del adolescente” (Diekstra, 1982)

Por tal motivo debe tenerse en cuenta que los adolescentes que presentan comportamientos de inseguridad y dependencia se pueden someter fácilmente a las influencias del momento, ya que gracias al grupo se encuentra una imagen de ideal en sus compañeros, existe la posibilidad de asumir riesgos sin mayores compromisos, no es minusvalorado y su pensar generalmente es tomado en serio. El grupo de iguales cumple una función socializadora que se puede sintetizar en los siguientes puntos:

1. Promociona un espacio donde se desarrolla la libertad, favoreciendo procesos de autonomía, pensamiento crítico y estructuración emocional.
2. Contribuye directa o indirectamente en la formación de concepto de sí mismo, aprendizaje de normas y valores, rol sexual y adaptación a futuros grupos.

3. Refuerza modelos de identificación que ofrecen los medios de comunicación de masas e interviene en la selección de respuestas para la resolución de problemas (Halbwachs, 1969)

En un grupo de iguales en cuanto mayor sea el grado de afinidad que existe mayor es la posibilidad de que el adolescente revele sus problemas a sus compañeros, amigos o adultos (Diekstra, 1982)). Sin embargo no se debe olvidar que generalmente el adolescente que presenta comportamientos de riesgo suicida manifiesta falencias para la asertividad y, en muchas ocasiones, encuentra como medio de interacción con el ambiente a los medios masivos de comunicación, los cuales si bien es cierto no influyen en la aparición de estos comportamientos, incitan o modelan las tendencias para la ejecución de los mismos.

Nuestra sociedad occidental está invadida por un mercado de productos comunicacionales de masas que en su gran mayoría son consumidos por adolescentes, éstos conocidos como *mass media* fueron motivo de investigaciones a varios niveles como en las ciencias humanas, para llegar a las siguientes proposiciones:

1. No se puede estigmatizar el grado de responsabilidad de los medios de comunicación en la presentación de comportamientos suicidas, sin embargo estos promueven comportamientos de riesgo como la difusión de *extreme sports*, para asumir un rol ambivalente en el cual se promueve

comportamientos saludables sin descuidar el reforzamiento de conductas maladaptativas en función de un *rating*.

2. A nivel de comunicación entre suicidas y no suicidas se debe reconocer el hecho de que los medios integran una forma de comunicación verbal, cuando las propuestas de expresión del suicida se hacen a nivel corporal (Morón, 1992).

Con esto se puede concluir que dependiendo de las características individuales de los potenciales suicidas los medios masivos de comunicación ejercen su poder de persuasión.

Aspectos Sociológicos Relacionados a la Conducta Suicida

La sociología entendida como la ciencia que tiene por objeto el estudio del ser humano como producto del pensamiento de una comunidad, que vive en sociedad (Lexus, 1996), refiere una serie de aspectos que debe tenerse en cuenta para la predicción de comportamientos suicidas y/o la focalización de grupos de alto riesgo, como en el caso de los adolescentes que se encuentran dentro del sistema escolar de nivel secundario de la ciudad de Pasto.

Según Breus y Meneghello (2001), estos aspectos se pueden agrupar en: Factores de Desarrollo, Identidad y Sociedad, las cuales se explican de la siguiente manera:

Factores de desarrollo. Encontramos que entre más alto sea el nivel de desarrollo, se relaciona con niveles mayores de presentación de

comportamientos suicidas, así mismo encontramos los niveles de autoexigencia laboral en contraste con las dificultades para el ingreso a universidades y la falta de recreación que se refleja en manifestaciones comunes de aburrimiento y apatía.

Identidad. Estos aspectos se relacionan a experiencias vividas en conjunto, cuyo factor común es la vivencia a nivel familiar y social; se destaca en este grupo de aspectos sociológicos, la ausencia de identidad cultural debido a las migraciones o discriminación étnica, política o social, así como la confusión o desconocimiento entre los deberes, derechos y privilegios que tiene la población adolescente y la falta de identidad de género o confusión de rol de género, que puede desencadenar comportamientos relacionados con acciones suicidas.

Sociedad. Este tercer aspecto se encuentra mejor ejemplificado en la sección de factores de riesgo suicida (ver factores sociales, pág 26), sin embargo cabe mencionar el rechazo de la escuela frente a características de los adolescentes, como su aspecto físico, situación socio-económica o conflictos relacionados con la identidad de género y cultura, y en segundo lugar tenemos la incidencia de los medios de comunicación en la forma como se presentan este tipo de conductas.

Eventos vitales

Las interacciones que se generan a diario con el ambiente son productoras de estrés, este adquiere gran fuerza cuando el individuo se enfrenta a diferentes situaciones y se encuentra inseguro de su capacidad para superarlas, algunas formas de estrés se producen como parte natural del desarrollo, por cambios biológicos, sociales, culturales, ambientales, ya que desde el nacimiento ingresamos a un mundo totalmente extraño y complejo, al llegar a la adolescencia se presentan cambios biológicos, transiciones educativas como asistencia a la universidad y el hecho de que en la actualidad este grupo de la población debe tomar más decisiones, mostrando por lo tanto altos niveles de soledad, esta soledad se deriva de que existe un abismo entre sus deseos y la realidad que se esta presentando (Smith, Sarason y Sarason, 1997).

Los factores estresantes son identificados como una de las principales claves dentro de los factores de riesgo ya que se presentan como un eslabón casi permanente y compuesto por un amplio número de conductas problemáticas en adolescentes, ya sea a nivel personal, familiar o escolar, los jóvenes relatan estrés constante, esto se puede relacionar tanto con el uso de drogas como con la conducta suicida (Eggert, Thompson y Herting, 1994).

En los jóvenes se ha establecido como factores estresantes las pérdidas físicas y emocionales, el conflicto interpersonal, la separación y los problemas económicos y legales. Estas situaciones suelen cobrar gran fuerza,

aproximadamente seis meses previos a una tentativa, ya que pueden generar ideación suicida, hasta llegar al fin del acto en si (Arranz, 1998).

En muchos casos se observa una alta tasa de fracaso escolar entre adolescentes que intentan suicidarse. Al estudiar las circunstancias escolares llama la atención el bajo rendimiento académico y el alto porcentaje de desescolarización (Anadon, 1996). El mismo autor menciona que el contacto con una víctima de suicidio favorece la aparición de sintomatología psiquiátrica, como por ejemplo la depresión, aumentando en las personas su vulnerabilidad ante conductas suicidas.

Se presenta como un factor importante el que las personas hayan experimentado una pérdida (muerte o separación), de uno de sus padres durante su infancia, lo cual incrementa la probabilidad de realizar una tentativa de suicidio. La pérdida de un familiar significa un impacto en la susceptibilidad de los niños ante el suicidio, es importante notar que esa muerte, puede llevar a los niños a consumar un suicidio; un impacto igualmente dramático en un niño es la falta de contacto físico con un familiar, producto de la discordia o violencia familiar, abuso de sustancias, o una enfermedad médica o psiquiátrica. Las familias con tentativas de suicidio, por lo general tienen altos índices de enfermedades psiquiátricas o médicas, y en algunas ocasiones una historia de suicidio (Garfinkel, Froese y Hood, 1982).

La habilidad de los jóvenes para ajustarse a la pérdida de un familiar, depende de: (a) la naturaleza de la pérdida, ya sea divorcio o separación; (b) de la etapa del desarrollo en la cual ocurre la pérdida; (c) el grado de independencia y (d) el soporte disponible para permanecer en la familia.

Factores psicopatológicos

Depresión. En la población adolescente la depresión prevalece entre el 2% y 5%, ya sea del nivel moderado o severo, esto puede deberse a la incidencia de factores cognitivos (pensamientos), que promueven esa sintomatología depresiva, y llevan poco a poco a la persona a considerarse inadecuada y con tendencia a realizar evaluaciones negativas sobre si mismo, prediciendo fallas dentro del contexto en el que se desarrollan ya que son muy extremistas, pensando de manera inadecuada con respecto al futuro; esa dificultad para pensar en el futuro genera conductas suicidas en adolescentes (Hamimond y Romney, 1995).

También planteado por Patros y Shamoo (1989), es necesario distinguir la depresión como un síndrome diagnóstico que incluye los sentimientos depresivos, además de una perspectiva interna de vida, una actitud, un bienestar físico, un estado interno, que suele presentarse a menudo desde la infancia con las mismas características que en un adulto, sin que se pueda determinar el tiempo de duración de este trastorno, tornándose importante la detección e intervención temprana de estos casos.

En los estados depresivos se presentan con frecuencia los pensamientos de muerte, la ideación suicida o las tentativas suicidas. Las ideas varían presentándose como pensamientos transitorios, pero que tienden a repetirse, hasta la realización de planes concretos sobre el suicidio. Sujetos con riesgo suicida bajo refieren pensamientos transitorios de uno o dos minutos y recurrentes, una o dos veces en la semana (Asociación Psiquiátrica Americana, 1995). Por el contrario individuos con alto riesgo suicida pueden haber adquirido elementos con los cuales llevarían a cabo sus planes suicidas, determinándose así cómo y dónde cumplirían los mismos.

Morón (1992) menciona dentro de los estados depresivos tres clasificaciones de la siguiente manera:

1. La melancolía: siendo aquí en donde se forma la idea de muerte que más tarde puede terminar en suicidio. Pueden ser observables en el melancólico equivalentes suicidas como rechazo a tratamientos, automutilación, y por último el suicidio largamente planeado y llevado a cabo con mucha tranquilidad, lo que deja ver el deseo de morir de individuo que presenta este estado.
2. Los estados depresivos reaccionales: en los cuales el suicidio surge como una vía de escape ante una situación dolorosa.
3. Estados depresivos neuróticos: en el que se presenta una descompensación del estado del individuo que puede llevarlo a que

realice una identificación o imitación que favorecería la consumación del suicidio.

De acuerdo a Patros y Shamoo (1989) encontramos los siguientes signos de depresión en adolescentes:

Disminución del interés. El placer por las actividades usuales no son percibidas de igual manera por niños y adolescentes, ellos pierden el interés por actividades tanto académicas como no académicas sin encontrar una razón específica. La persona esta fácilmente cansada o se torna incómoda, cambia de ser usualmente cooperativo a ser muchas veces indeciso, resistente o complicado. En general jóvenes depresivos disminuyen su entusiasmo por alguna razón y esta es en muchas ocasiones la causa de su cambio en las actitudes hacia la escuela y lo académico.

Cambio en apetito. Algunos niños y adolescentes escogen su alimento y comen muy poco o generalmente no comen. La comida no es de su mayor interés o aunque en el otro extremo tenemos el joven que come en gran cantidad, los dos puntos implican gran cambio y por lo tanto deben ser motivo de preocupación.

Cambio en patrones de sueño. Niños y adolescentes suelen tener el sueño intranquilo, no son capaces de quedarse dormidos en la noche y/o se despiertan temprano en la mañana siendo incapaces de volver a dormir. Se tiene como precedente niños y adolescentes quienes van a la escuela cansados y con poca

energía, con este excesivo sueño se vuelven letárgicos, con poco interés o motivación.

Pérdida de energía Algunos jóvenes, quienes son normalmente activos y alertas, muestran una aparente indiferencia y fatiga. Ellos demuestran esta falta de energía manifestando desinterés o cansancio, en muchos casos esto no es verbalizado, aunque algunas conductas muestran un bajo nivel de energía al ser desarrolladas.

Culparse inapropiadamente Los niños y adolescentes se culpan por muchas situaciones; el joven se autodesprecia, critica su conducta o a si mismo, resultando un autoconcepto negativo.

Sentimientos negativos. Los jóvenes reflejan sus sentimientos hacia los demás, los cuales pueden ser negativos, de igual manera sienten que no son queridos, sus relaciones tienden a ser frustrantes y muchas veces se sienten usados, se consideran inhábiles para ser agradables y aceptados.

Sentimientos de tristeza, desesperanza y culpa. Los adolescentes con estos sentimientos se sienten infelices. Estos sentimientos de rechazo e incompetencia interfieren con el manejo de las circunstancias de la vida, ellos aparecen inhibidos y con temor, se disculpan no solo sobre si mismos sino sobre su bajo control sobre las cosas.

Inhabilidad para concentrarse y atender. La baja habilidad para atender es en muchas ocasiones un rechazo a sus asignaturas en sus clases o también

porque se encuentran en un declive en la escuela. Los jóvenes tienen dificultad para focalizar su atención sobre trabajos académicos, aunque ensayen diferentes alternativas para solucionar este problema, estos son desbaratados por su miedo y su preocupación.

Conductas agresivas. Los jóvenes muestran generalmente agresión o conductas negativas dentro y fuera de las aulas de clase, siendo agresivos con otros, lanzando objetos y reaccionando precipitadamente ante la primera insinuación de problemas.

Respuestas de Riesgo

Es importante reconocer cuándo un adolescente está en riesgo de cometer un suicidio, aunque puede resultar de cierto modo difícil ya que son muchos los síntomas que aparecen. Papalia (1997), refiere la existencia de señales de aviso del suicidio como alejarse de la familia y los amigos, hablar de muerte, regalar posesiones preciadas, abusar de alcohol o droga entre otros. Estas suelen presentarse con anticipación a la tentativa de suicidio y por lo tanto es necesario tenerlos en cuenta.

Dentro de la escala que se desea crear se evalúan respuestas de tipo cognitivo, motor y fisiológico.

Patros y Shamoo (1989), ofrecen una amplia gama de respuestas que se han clasificado de acuerdo con las necesidades de la escala; dentro del grupo de respuestas cognitivas encontramos:

Sentimientos de desesperanza. Muchas veces los niños y adolescentes encuentran situaciones que disminuyen su salud mental, ellos son capaces de cambiar el curso de sus vidas o resolver circunstancias específicas pero se dejan vencer por sentimientos de desesperanza, sin poder ver la solución a sus problemas.

Dificultad para concentrarse. La habilidad de concentrarse depende de la capacidad de focalizar una serie de pensamientos, excluyendo la interferencia de otros. Cuando los niños y adolescentes contemplan la idea de suicidio, están tratando con una tentativa, muchas veces tienen serios conflictos sentimientos y emociones dentro de su foco de concentración que hace imposible concentrarse en problemas de tipo académico.

Aburrimiento. Mucha gente tiene periodos de aburrimiento pero cuando se pasa del límite establecido, empieza a ser preocupante, incrementando el consumo de drogas y alcohol en población adolescente. Algunos datos dejan ver a niños y adolescentes en un constante estado de aburrimiento, mostrando inhabilidad para adaptarse a la vida en general.

Entre las respuestas de tipo motor encontramos:

Tentativa de suicidio. Una tentativa previa al suicidio puede ser una señal de que es necesario emprender algún tipo de intervención.

Amenaza de suicidio. Declaraciones semejantes a “la gente estaría mejor sin mí”, son serias, son afirmaciones de frustración extrema presentando como posibilidad la consumación del suicidio.

Cambios abruptos en la conducta. Estos pueden ser temporales o transitorios, y pueden ser un factor de gran importancia en el suicidio.

Drogas y/o abuso de alcohol. El abuso de drogas y alcohol puede ser visto como una forma lenta de suicidio. Ciertamente es un signo de la inhabilidad para tener suficiente fuerza y enfrentar el estrés de la realidad.

Entre las respuestas de tipo fisiológico encontramos:

Cambios en los patrones de sueño. Cambio de hábitos en el sueño de niños y adolescentes pueden ser vistos de diferentes formas, pueden empezar durmiendo largos periodos de tiempo o no dormir en muchos de ellos, no dormir en periodos regulares sino por horas. En un determinado lapso de tiempo este cambio empieza a tener problemas físicos y psicológicos.

Malestar físico. Niños y adolescentes con enfermedades crónicas son probablemente más propensos a la depresión que los demás niños que no padecen estas enfermedades, este malestar en muchas ocasiones se manifiesta a través de vagos síntomas físicos que no pueden ser diagnosticados o que no cumplen con los criterios para ser considerados como un trastorno.

Cambios en hábitos de alimentación. Existen o pueden presentarse, cambios serios como desórdenes alimenticios (bulimia y anorexia nerviosa),

por periodos de inanición y exageración en la alimentación. Si se presentan algunos cambios en la alimentación es causa de preocupación.

Marco Conceptual

Depresión

Estado de tristeza en el que el individuo empieza a considerarse inadecuado, a la vez que realiza evaluaciones negativas sobre sí, y sobre el futuro, llegando a afectar su desempeño en diferentes áreas de su vida (Hamimond y Romney, 1995).

Equivalentes Suicidas

Acciones en las que el individuo busca el peligro vital, aunque haya sido advertido del riesgo que corre (Morón, 1992).

Eventos Vitales

Son todas aquellas situaciones que de alguna manera generan estrés y que se presentan de manera casi permanente a nivel escolar, social, familiar y que cobran gran fuerza generando conductas suicidas (Eggert, Thompson y Herting, 1994).

Factores Familiares

Son aquellos aspectos como la comunicación, la estructura y la forma de relacionarse dentro del núcleo familiar, que aumenta o disminuye la posibilidad de realizar conductas suicidas (Gastaminza, Vacas y Ros, 1998).

Factores de Riesgo

Confluencia de múltiples variables que se convierten en predisponentes de conductas suicidad existen muchos factores entre ellos: los familiares, sociales, estresantes y psicopatológicos (Gastaminza, Vacas y Ros, 1998).

Factores Sociales

Se entiende como las diferentes interacciones del adolescente fuera del grupo familiar en donde debe enfrentarse con el ambiente escolar, los medios de comunicación y la interacción con su grupo de iguales (Arranz, 1998).

Ideación Suicida

Son los pensamientos temporales que pueden evolucionar a ideas con planes serios, que abarcan fantasías relacionadas con el suicidio (Goldman, 1996).

Intentos de Suicidio

Acto que no tiene como resultado la muerte y en el que el individuo se produce daño, estando presente el deseo o intencionalidad de morir (Goldman, 1996).

Respuestas Cognitivas

Son todos aquellos pensamientos que le impiden al adolescente resolver adecuadamente sus vidas, como los sentimientos de desesperanza, la baja concentración y el aburrimiento entre otros (Patros y Shamoo, 1989).

Respuestas Fisiológicas

Son aquellos cambios que se presentan a nivel de sueño, alimentación y estado físico en general (Patros y Shamoo, 1989).

Respuestas Motoras

Actos que se convierten en señales para realizar algún tipo de intervención, encontramos como respuestas motoras la tentativa de suicidio, la amenaza de suicidio entre otros (Patros y Shamoo, 1989).

Respuestas de Riesgo

Se comprenden como las señales de aviso, que aparecen con anticipación a la tentativa de suicidio, afectando canales de respuesta ya que el adolescente empieza a hablar de muerte, regalar posesiones, abusar de drogas (Papalia, 1997).

Suicidio

Se entiende como el acto de quitarse la vida voluntariamente (Moron, 1992).

Tentativa de Suicidio

Acto que no tiene como fin la muerte, sino en el que por lo general las personas se lesionan para llamar la atención (Sarro y de la Cruz, 1991).

ASPECTOS METODOLOGICOS

Tipo de estudio

El presente estudio es de corte psicométrico, cuantitativo y estandarizado, ya que a partir del mismo se pretende realizar la medición de un atributo, el cual mediante un proceso de confiabilidad y validez llegará a niveles de estandarización, partiendo de una prueba piloto, que permitirá la elección de cierto los ítems que conformarán la prueba final, acompañado del respectivo análisis de los datos que se han recolectado(Davinson y Bernstein, 1995).

RESULTADOS

Plan de Prueba

Atributo a Medir

Riesgo suicida en adolescentes entre 13 y 18 años de la ciudad de San Juan de Pasto.

Definición del Atributo

Se entiende por riesgo suicida la presencia de las siguientes variables: (a) respuestas comportamentales de riesgo y (b) factores asociados de riesgo, que en una situación de crisis desencadenan, en mayor o menor probabilidad, que un ser humano realice comportamientos tendientes al suicidio, sin llegar a su objetivo final: morir voluntariamente utilizando diferentes métodos.

Operacionalización del Atributo

Respuestas Comportamentales de Riesgo (F 1)

Se entiende como respuesta comportamental de riesgo a todas aquellas conductas, pensamientos, emociones y reacciones fisiológicas que son experimentadas por un sujeto ante una situación de crisis, con el fin de

terminar voluntariamente con la propia vida o de obtener beneficios secundarios al presentar la conducta de riesgo equivalente al intento de suicidio.

Respuestas cognitivas (A1 1). Constituyen todos aquellas ideas y emociones que se manifiestan ya sea en forma verbal o como voz interna, en los cuales se reporta una intención voluntaria de morir, ya sea desde pensamientos temporales hasta planes concretos de intención suicida.

Respuestas motoras (A1 2). En esta sección se incluye una gama completa de conductas caracterizadas por la autolesión del sujeto, que generalmente desencadenan respuestas de riesgo suicida, como es el caso de los cortes en las muñecas, ingestión de pastillas sin medicación, entre otras.

Respuestas fisiológicas (A1 3). Se considera como aquellas reacciones que se evidencian a través de alteraciones en los patrones de sueño y la alimentación, así como en funciones regidas por ciclos y que se constituyen en señales de alerta características de alteraciones como la depresión, la cual constituye un factor de riesgo asociado a la conducta suicida.

Factores Asociados de Riesgo (F 2)

En esta sección encontramos aquellas áreas de estudio comportamental como es el caso de la interacción social, la depresión, el estrés y la familia, que al estar presentes de forma cotidiana en un sujeto se pueden convertir en predisponentes de riesgo suicida cuando existe un déficit, falencia o

aprendizaje no compatible con un estandar o promedio de estilo de vida saludable.

Factores familiares (A2 1). Definimos esta área como el conjunto de relaciones que se presentan al interior de la familia de origen, especificando el manejo en los niveles inadecuados de autoridad, caracterizadas por conductas exacerbadas de control de normas, relaciones emocionales deficientes y conflictivas con los padres y hermanos del adolescente.

Interacción social (A2 2). Se entiende por interacción social a las relaciones o vínculos que establece el adolescente con su grupo de iguales y con el medio social en el cual se desenvuelve cotidianamente; involucra aspectos de la evaluación como la influencia modeladora de los medios de comunicación, valoración deficiente de eficacia personal y aislamiento social, entre otros.

Eventos vitales estresantes (A2 3). Son todas aquellas situaciones ambientales que propician episodios de crisis en un individuo, generalmente de carácter inesperado o sorpresivo. También se puede operacionalizar como aquellos estímulos lo suficientemente fuertes ante los cuales se presenta un afrontamiento inadecuado de la situación, lo cual llevaría a un individuo a emitir una conducta de riesgo suicida, ante la dificultad de visualizar alternativas de solución; se incluye además en esta sección la evaluación de

enfermedades mentales o somáticas crónicas, estrés por diferentes factores y pérdidas afectivas significativas.

Depresión (A2 4). Se manifiesta como una tristeza vital profunda (APA, 1995). En el estudio de la depresión como psicopatología se incluye una variada cantidad de sintomatología caracterizada por un déficit en el estado de ánimo, así como en la ejecución de actividades propias de la vida diaria. Se especifica en esta sección items relacionados con la evaluación de tolerancia a la frustración, perspectiva de vida hacia el futuro y auto evaluación negativa.

Tipo de Escala

La escala que se utiliza en la presente investigación, es de tipo ordinal, dentro de la cual no se puede establecer un intervalo exacto, ya que existen diferentes categorías que indican jerarquía, pero no la distancia existente entre ellas; las categorías de esta prueba se determinaron de la siguiente manera: Siempre, Casi Siempre, Algunas Veces, Casi nunca, Nunca.

Objetivo de la Prueba

La escala pretende determinar el nivel de riesgo suicida en el que se encuentra un adolescente entre los 13 y 18 años a través de la evaluación de Respuestas de Riesgo entre las cuales tenemos respuestas Motoras, Cognitivas y Fisiológicas; y de Factores Asociados de Riesgo entre los que se incluye: Factores familiares, de Interacción Social, Eventos Vitales Estresantes y Depresión.

Usos

La prueba de evaluación de riesgo suicida es de tipo descriptivo y predictivo, ya que a partir de la misma se pretende observar las manifestaciones actuales de un fenómeno comportamental, así mismo determinar el grado de probabilidad de que la conducta suicida se presente en la o las personas a quienes ha sido aplicada.

Así mismo su uso es práctico debido a que pretende medir el riesgo suicida a partir de la realidad actual que se presenta en el contexto donde se llevará a niveles de estandarización.

Población

La población estará conformada por adolescentes escolarizados entre los 13 y 18 años que se encuentren dentro del perímetro urbano de la ciudad de San Juan de Pasto.

Formato

La prueba de riesgo suicida presenta ítems de tipo alternativo de opción múltiple con única respuesta, debido a que esta modalidad de formatos ofrecen un muestreo amplio de dominio del contexto en un tiempo prudente; además se ha demostrado que sus niveles de confiabilidad superan a formatos como los exámenes de ensayo: 60 y 70% de confiabilidad, mientras que los de opción múltiple se encuentran entre el 75 y 90% en el periodo de prueba piloto (Nunnally y Bernstein, 1995) recalcándose de esta manera que la prueba es de

tipo estructurado.

Es de ejecución típica ya que permite al examinado responder sin un límite de tiempo y de forma más relajada ante la prueba psicométrica, lo cual está acorde a su fin, el cual es conocer las reacciones actuales de quienes la ejecutan sin que se consideren las respuestas como correctas o incorrectas.

La manera de responder el cuestionario es escrita, de papel y lápiz, y se podrá aplicar de forma individual o colectiva.

Estructura de la Prueba

La prueba está constituida por dos (2) factores que se relacionan para definir el constructo riesgo suicida, además dentro de cada factor encontramos áreas de evaluación, el factor 1 esta compuesto por 3 áreas y el factor 2 por 4 áreas de evaluación que se especifican a continuación con su equivalente en preguntas y porcentajes (Ver Tabla 7)

Tabla 7

Estructura de la Prueba

VARIABLE	ITEMS	% parcial
RESPUESTAS COMPORTAMENTALES DE RIESGO (F1)	40	46.5
Cognitivas (A11)	17	19.7
Motoras (A12)	15	17.4
Fisiológicas (A13)	8	9.30
FACTORES	46	53.4

ASOCIADOS DE RIESGO (F2)		
Familiares (A21)	9	10.4
Interacción social (A22)	9	10.4
Eventos vitales (A23)	16	18.6
Depresión (A24)	12	13.9
TOTAL	86	100

Prueba Piloto

Se diseñó un cuestionario para la prueba piloto con 134 ítems, el cual se dividió en dos cuestionarios de 67 preguntas cada uno para facilitar su aplicación. En esta etapa de la investigación los ítems fueron sometidos a la evaluación de los estudiantes, quienes determinaron si algún componente del cuestionario no era entendible, para su posterior corrección o eliminación. La prueba piloto fue aplicada en dos instituciones educativas que ofrecen educación media; una de carácter oficial: el colegio INEM de Pasto y, otra de carácter privado: el Liceo Santa Teresita; en estos centros se aplicaron dos modalidades de cuestionarios a 40 personas. Los grupos de cada institución fueron conformados por cuatro estudiantes de grados séptimo a once, con edades entre los trece y dieciocho años, pertenecientes a instituciones de carácter oficial y privado, para que la muestra sea más heterogénea y se generalice un nivel de lenguaje adecuado a diferentes estratos sociales, debido a que existen expresiones gramaticales diferentes que tienen un sustrato

semántico similar, por ejemplo mientras algunos grupos utilizan el término “intenso”, otros dirían “mamón”, al hacer referencia a una persona que resulta antipática ante un grupo.

Los cuestionarios que se facilitaron a los estudiantes (Anexos A y B) controlan en su primera parte la edad, el género y tipo de institución para facilitar el posterior procesamiento de los datos. En segundo lugar encontramos las instrucciones que se imparten a los estudiantes para aclarar qué es lo que deben hacer, luego encontramos los reactivos, seguidos de un espacio para que los encuestados realicen alguna observación o recomendación con respecto a la prueba, y por último los nombres de los responsables de la aplicación de la misma.

Después de la aplicación de la prueba piloto, se encontró que algunos ítems no fueron comprendidos por los estudiantes por lo cual se realizó su correspondiente corrección mientras que otros fueron eliminados. Los criterios que se tuvieron en cuenta para modificar o eliminar los reactivos fueron la incomprensión de algunos términos que no se ajustan al lenguaje cotidiano utilizado por los adolescentes, con lo cual, así mismo se incrementó el tiempo en la ejecución de respuesta, a continuación se muestra un listado de los ítems que presentaron dificultad (ver Tablas 8 y 9)

Tabla 8

Items que Presentaron Dificultad en el Cuestionario 1

Item	Palabras no comprendidas	Sujetos
3	relativamente fácil	1
4	Te distraes fácilmente cuando estás realizando una tarea	6
5	Se te dificulta excluir ciertos pensamientos de tu mente	3
9	Piensas que tus amigos no te comprenden	2

Tabla 8 Continuación

11	impulsivamente	4
13	Te dejas vencer fácilmente ante los problemas	1
15	Imaginas planes con respecto a tu muerte.	1
16	armas blancas	3
17	Sientes la necesidad de lesionarte como una forma de llamar la atención	2
18	Afirmas que la gente estaría mejor sin ti	2
20	Ingieres medicinas innecesarias con el fin de quitarte la vida	2
24	Has notado cambios en tu comportamiento fuera y dentro del colegio	3
25	oleadas de calor o frío	4
32	Tus padres te escuchan y hablan contigo	3
36	Fugarte	3
39	Tus padres tienen problemas en su relación de pareja	4

40	reconocimiento público	3
42	dificultades legales	4
45	Compartes lo que sientes y piensas con tus amigos	4
49	Catástrofes	4
50	Has perdido alguien importante en tu vida	5
63	te sientes inútil la mayor parte del tiempo	7
Total items no comprendidos		23

Tabla 9

Items que Presentaron Dificultad en el Cuestionario 2

Items	Palabras no comprendidas	sujetos
11	estos pensamientos	1
22	cambios en comportamiento	1
23	Escribes acerca de la muerte	1
28	Tus padres intentan controlar cada aspecto de tu vida	1
31	mayor o menor apetito	1
39	relación de pareja	1
43	Has padecido enfermedades crónicas	2
49	Has sido afectado por catástrofes naturales	1
51	Sientes que estas disminuyendo de peso	1
53	Sientes que eres útil y necesario	1
55	Te sientes más irritable que de costumbre	1
56	Pareja	3

61	Te sientes infeliz la mayor parte del tiempo	1
62	Sientes temor al enfrentar a la gente	1
64	Te sientes confundido, desanimado y triste	1
65	La mayor parte del día piensas en sucesos del pasado	1
Total items no comprendidos		16

En un total de 134 reactivos que se plantearon en la prueba piloto, 39 no fueron comprendidos por los estudiantes de educación media en los dos centros educativos; después de realizar el análisis de contenido, 5 de ellos fueron redactados nuevamente y 34 reactivos fueron eliminados por la incomprensión o complejidad que presentaban. Al existir más reactivos de los necesarios se procede a utilizar los restantes ya que estos miden satisfactoriamente las características del atributo en cada uno de los factores y áreas. Así la escala de Riesgo Suicida quedó conformada por 100 elementos, para ser utilizada en su fase experimental, con lo cual se buscaba una fácil aplicación en un periodo de tiempo estimado entre 20 y 30 minutos.

Prueba Experimental

La prueba experimental presenta inicialmente las variables de identificación como edad, género e institución; la cual se divide en privada, oficial y clínica, seguido de las instrucciones para responder adecuadamente a los reactivos, para lo cual se utiliza una escala con las opciones de respuesta en escala Likert: nunca, casi nunca, algunas veces, casi siempre, siempre (ver Anexo C)

Se debe aclarar que en la prueba no se menciona el nombre de cada factor ya que es una información que le interesa a la persona que aplica la prueba. Así mismo al concluir la evaluación de cada área se encuentra un espacio para el puntaje parcial y total de cada factor, lo cual permite una calificación más ágil de la prueba.

Se especifica así mismo un espacio para observaciones que debe utilizar quien aplica la prueba, cuando lo considere pertinente.

La muestra a la cual se aplicó la prueba se obtuvo a partir de una población total de 12.000 estudiantes pertenecientes a centros que brindan educación secundaria en la ciudad de Pasto, tras la utilización de un programa estadístico que permite determinar la misma, denominado STATS TM versión 1.1 (Comunicometría S.C), se determinó que el número de sujetos para aplicar la prueba experimental era de 320, con un error de 5%, un 50% de probabilidad de ocurrencia del fenómeno y un 90% en el nivel de confianza.

La selección de los colegios se realizó mediante convocatoria para lo cual se realizaron 16 visitas con un documento en el cual se especificaba las condiciones de la colaboración, siendo aceptados los 3 primeros colegios privados y los 3 primeros oficiales que respaldaron la propuesta sin inconvenientes. En cada institución se conformaron grupos de 53 estudiantes de grado noveno a once, que cumplieran con el rango de edad que requiere la prueba.

Análisis de Resultados Obtenidos

Análisis de Confiabilidad

El análisis de confiabilidad de la prueba se realizó a través del paquete estadístico para ciencias sociales, SPSS versión 6.1, en el cual se calculó el coeficiente de Alfa de Cronbach, este permitió conocer la confiabilidad tanto de la prueba total como de cada uno de sus factores. Este coeficiente consiste en un análisis de varianza tanto de cada ítem como de la prueba completa; parte del supuesto de que todos los ítems que conforman la escala de Riesgo Suicida están midiendo el mismo atributo, es decir, que es homogénea o que presenta consistencia interna, determinando la coherencia de los elementos que conforman la escala (Thordike, 1995). Para la presente investigación se determinó que esta era la forma más adecuada de encontrar la confiabilidad de la prueba ya que aunque se divide en áreas y factores todos los ítems buscan medir el riesgo suicida en adolescentes, además, que las puntuaciones de las respuestas presentan diferentes valores, lo cual es una característica indispensable para la aplicación del coeficiente (ver tabla 10).

Tabla 10

Confiabilidad por Factores y Areas.

VARIABLES	ALPHA DE CROMBACH	No DE ITEMS
FACTOR 1	0.92	40
AREA 1 1	0.84	17

AREA 1 2	0.83	15
AREA 1 3	0.72	8
FACTOR 2	0.92	46
AREA 2 1	0.81	9
AREA 2 2	0.60	9
AREA 2 3	0.78	16
AREA 2 4	0.89	12
CONF. TOTAL	0.95	86

A través del análisis de confiabilidad se pudo determinar que existía una alta confiabilidad dentro de la prueba, es decir que es homogénea o que mide el mismo atributo, teniendo en cuenta que el valor del coeficiente de Alpha se encuentra entre 0 y 1, y que el valor encontrado de la escala construida es de 0.95. Se encontró además que algunos items presentaban una correlación item-prueba de tipo negativo, por lo cual le restaban confiabilidad a la prueba, por este motivo se procedió a su eliminación, sin embargo, en el área de respuestas fisiológicas y de eventos vitales no fue necesario descartar item alguno. Los items eliminados se relacionan a continuación (ver Tabla 11).

Tabla 11

Items Eliminados

VARIABLE	ITEMS ELIMINADOS
RESPUESTAS COGNITIVAS (A 1 1)	11,16

RESPUESTAS MOTORAS (A 1 2)	33
AREA FAMILIAR (A 2 1)	47, 49, 52
AREA SOCIAL (A 2 2)	58, 63, 64
AREA DEPRESION (A 2 4)	89, 90, 96, 97, 98
TOTAL ITEMS ELIMINADOS	14

Después de realizar este proceso se determinó que la prueba final queda conformada por 86 items (ver Anexo E); los cuales se encuentran precedidos por un formato o manual de aplicación en el cual se brinda información relevante para que quien aplique la prueba cumpla su objetivo de una forma más eficiente al comprender la dimensión del atributo que mide. (ver Anexo D)

Análisis de Validez Clínica

Este análisis parte de la hipótesis nula de que no existe diferencia significativa entre la población clínica y no clínica; por tal motivo se establece como hipótesis de trabajo una diferencia significativa entre los dos grupos que conforman la población, en donde la muestra clínica tendrá niveles mayores que la población normal. La población clínica en la escala de Riesgo suicida esta formada por un grupo de adolescentes de la ciudad de Pasto, diagnosticados por un episodio o trastorno depresivo, que hayan realizado un comportamiento suicida, que presente un diagnóstico médico equivalente a un

intento de suicidio por ejemplo intoxicación por cuerpo fosforado.

Para conformar la población clínica se contó con la colaboración de instituciones que manejan casos con el perfil requerido, como es el Hospital Psiquiátrico San Rafael, la fundación Centro Proinco y la fundación Sol de Invierno.

Para comprobar la hipótesis de trabajo se realizó la prueba t de Student (paquete estadístico para ciencias sociales SPSS versión 6.1) , a través del cual se comprueba simultáneamente la validez del instrumento de medición y la efectividad de los análisis hechos sobre las características de los grupos (Thordike, 1995), para lo cual se aplicaron 28 encuestas a personas que conformaron la población clínica y al azar se escogieron 25 encuestas de población no clínica, las cuales al compararse ofrecieron los siguientes resultados (ver Tabla 12)

Tabla 12

Valor de t por Áreas y Factores

VARIABLE	VALOR t	ERROR
FACTOR 1	6.24	0.01
AREA 1 1	6.74	0.01
AREA 1 2	6.26	0.01
AREA 1 3	6.94	0.01
FACTOR 2	10.93	0.01
AREA 2 1	12.4	0.01

AREA 2 2	5.48	0.01
AREA 2 3	13.09	0.01
AREA 2 4	9.19	0.01
PRUEBA TOTAL	6.60	0.01

Se encontró que los valores del grupo clínico son significativamente mayores que el grupo normal en todas las áreas, esto significaría que más del noventa y nueve por ciento de los datos ofrecen información real sobre el atributo que se está midiendo; además se confirma la hipótesis de trabajo en la cual se afirma que la población clínica tendrá puntajes altos y muy altos, en comparación con los estudiantes a quienes se aplicó la prueba (ver Tabla 13)

Tabla 13

Comparación Porcentual de Resultados

Escala	Clínicos en Porcentajes					No Clínicos en Porcentajes				
	MB	B	M	A	MA	MB	B	M	A	MA
F 1				7.1	92.6	4	16	16	24	40
A1 1				7.1	92.6		8	12	16	64
A1 2				3.5	96.4	16	20	4	36	24
A1 3			7.1	14.2	78.5	20	20	20	16	24
F 2					100		24	4	24	48
A2 1					100	24	24	4	16	32
A2 2					100	24	40		4	32
A2 3		3.5		7.1	89.2	28	12	20	20	20
A2 4					100	32	8	8	4	48

TOTAL				3.5	96.4	8	24	24	28	16
-------	--	--	--	-----	------	---	----	----	----	----

Baremos

Después de realizar una diferencia de medias entre las variables de control: género y tipo de institución, se encontró una diferencia significativa entre estas, por lo cual se estimó conveniente la inclusión de baremos por cada variable, para realizar una interpretación adecuada de los datos obtenidos, los cuales se denominan inicialmente puntajes brutos o directos y que al ser transformados o equiparados por medio de la tabla de baremos se obtiene como resultado los puntajes estandarizados. En la tabla 14 se ha consignado la información correspondiente a la comparación de medias, en donde encontramos que algunos datos presentan uno o dos asteriscos, lo cual significa que estos datos son significativamente diferentes al 0,01 y 0,05 respectivamente, a excepción de las áreas de interacción social (A 2 4) y de eventos vitales estresantes (A 2 3), que no requerían tabla de baremos pero que de todas maneras fueron creadas.

Tabla 14

Comparación de Medias

VARIABLE	DIFERENCIA GENERO (T, gl)	DIFERENCIA INSTIT. (T, gl)
FACTOR 1	-4.77** 318	-2.64* 318
AREA 1 1	-4.2** 318	-2.18* 318
AREA 1 2	-3.17* 318	-1.72* 318

AREA 1 3	-6.10** 318	-3.77* 318
FACTOR 2	-6.17** 318	-3.03* 318
AREA 2 1	-4.60** 318	-2.95* 318
AREA 2 2	-3.98** 318	-1.06 318
AREA 2 3	-4.61** 318	-1.80 318
AREA 2 4	-6.69** 318	-3.81** 318
TOTAL	-5.79** 318	-2.98* 318

Una vez realizado el análisis de comparación de medias, se prosigue a explicar la tabla de baremos, que será utilizada para la interpretación de la prueba estandarizada teniendo en cuenta el cruce de variables entre género e institución.

La tabla está conformada por cada factor y área de la prueba, además del nivel de riesgo, el cual se define como Muy Bajo (MB) cuando el riesgo suicida no es significativo, además la puntuación directa de cada factor o área se encuentra por debajo del percentil 20; Bajo (B) si la tendencia a cometer un comportamiento suicida es mínima, sin embargo se puede implementar estrategias de prevención, las puntuaciones oscilan entre el percentil 21 y 40; Medio (M) en caso de que los comportamientos suicidas se presentan con mayor intensidad, tornándose más perceptibles que en el caso anterior, las puntuaciones se encuentran entre el percentil 41 y 60; Alto (A) cuando la incidencia de comportamientos suicidas se manifiesta en forma concreta y frecuente, las puntuaciones varían entre el percentil 61 y 80; por último Muy

Alto (MA) si los comportamientos suicidas presentan altos índices de frecuencia, intensidad y duración, el valor de los percentíles se encuentra por encima de 81.

A continuación se relacionan las tablas que contienen información sobre los baremos discriminados por institución y género incluyendo además los valores de media, mediana, desviación estandar y número de casos considerados en cada uno (ver Tablas 15, 16, 17 y 18).

Tabla 15

Baremos para Hombres en Institución Oficial.

Escala	MB	B	M	A	MA	Media	Mediana	Desv. Estandar	Nº Casos
--------	----	---	---	---	----	-------	---------	----------------	----------

Tabla 15 continuación

A 1 1	32 ó -	33-35	36-40	41-49	50 ó +	40.15	37.50	11.07	70
A 1 2	22 ó -	23	24-28	29-37	38 ó +	28.52	25.00	9.03	70
A 1 3	14 ó -	15-17	18-20	21-24	25 ó +	18.62	18.00	4.95	70
F 1	69 ó -	70-78	79-87	88-113	114 ó +	87.31	80.50	22.24	70
A 2 1	15 ó -	16-19	20-23	24-27	28 ó +	21.85	22.00	6.85	70
A 2 2	18 ó -	19-20	21-24	25-27	28 ó +	22.70	22.00	5.22	70
A 2 3	25 ó -	26-30	31-33	34-40	41 ó +	32.60	31.50	9.33	70
A 2 4	21 ó -	22-24	25-29	30-34	35 ó +	27.65	26.00	9.07	70
F 2	87 ó -	88-97	98-108	109-123	124 ó +	104.81	102.00	24.41	70
TOTAL	158 ó -	159-174	175-191	192-229	230 ó +	192.12	184.00	44.29	70

Tabla 16

Baremos para Hombres en Institución Privada.

Escala	MB	B	M	A	MA	Media	Mediana	Desv. Estandar	Nº Casos
A 1 1	30 ó -	31-35	36-40	41-45	46 ó +	37.88	38.00	8.61	98
A 1 2	21 ó -	22-23	24-28	29-32	33 ó +	27.79	25.00	7.96	98
A 1 3	12 ó -	13-15	16-17	18-21	22 ó +	16.75	16.00	5.52	98
F 1	65 ó -	66-76	77-85	86-96	97 ó +	81.43	80.50	19.16	98
A 2 1	15 ó -	16-17	18-20	21-25	26 ó +	19.52	18.50	6.19	98
A 2 2	18 ó -	19-21	22-23	24-27	28 ó +	22.44	22.00	4.89	98
A 2 3	24 ó -	25-27	28-32	33-38	39 ó +	31.27	29.00	8.80	98
A 2 4	19 ó -	20-23	24-26	27-31	32 ó +	24.92	25.00	7.00	98

Tabla 16 continuación

F 2	79 ó -	80-90	91-100	101-119	120 ó +	98.17	95.00	22.33	98
TOTAL	148 ó -	149-163	164-185	186-212	213 ó +	179.61	174.50	39.16	98

Tabla 17

Baremos para Mujeres en Institución Oficial.

Escala	MB	B	M	A	MA	Media	Mediana	Desv. Estan.	Nº casos
A 1 1	35 ó -	36-40	41-45	46-52	53 ó +	44.00	43.00	10.46	95
A 1 2	23 ó -	24-27	28-31	32-38	39 ó +	30.83	28.00	9.29	95
A 1 3	16 ó -	17-20	21-23	24-27	28 ó +	21.84	22.00	5.66	95
F 1	76 ó -	77-88	89-98	99-117	118 ó +	96.67	92.00	23.37	95
A 2 1	18 ó -	19-22	23-26	27-29	30 ó +	24.45	25.70	7.09	95

A 2 2	20 ó -	21-23	24-26	27-29	30 ó +	24.81	25.00	5.32	95
A 2 3	29 ó -	30-35	36-39	40-43	44 ó +	36.61	37.00	8.41	95
A 2 4	25 ó -	26-29	30-35	36-43	44 ó +	33.51	33.00	9.91	95
F 2	98 ó -	99-111	112-123	124-145	146 ó +	119.38	117.00	25.94	95
TOTAL	175 ó -	176-198	199-223	224-263	264 ó +	216.06	211.00	47.03	95

Tabla 18

Baremos para Mujeres en Institución Privada.

Escala	MB	B	M	A	MA	Media	Mediana	Desv. Estan.	Nº Casos
A 1 1	33 ó -	34-39	40-44	45-52	53 ó +	43.17	41.00	11.06	57

Tabla 18 Continuación

A 1 2	23 ó -	24-26	27-30	31-37	38 ó +	30.40	28.00	9.95	57
A 1 3	16 ó -	17-19	20-21	22-24	25 ó +	20.36	20.00	5.56	57
F 1	76 ó -	77-85	86-93	94-111	112 ó +	93.94	90.00	23.74	57
A 2 1	15 ó -	16-19	20-25	26-31	32 ó +	23.52	22.00	8.10	57
A 2 2	20 ó -	21-24	25-27	28-29	30 ó +	24.77	26.00	4.61	57
A 2 3	29 ó -	30-33	34-36	37-42	43 ó +	36.14	35.00	9.49	57
A 2 4	23 ó -	24-29	30-32	33-37	38 ó +	31.0	31.00	8.19	57
F 2	88 ó -	89-109	110-118	119-138	139 ó +	115.43	114.00	25.64	57
TOTAL	173 ó -	174-192	193-216	217-242	243 ó +	209.38	200.00	47.36	57

DISCUSIÓN

El fenómeno comportamental mediante el cual un sujeto realiza un intento de suicidio ha sido estudiado en las últimas década por diversos autores entre los que se destaca Patros y Shamoo (1989) y Sarró y de la Cruz (1991), quienes definen una serie de factores que se convierten en predisponentes de la conducta suicida; sin embargo las teorías no ofrecían una herramienta para la medición de este tipo de comportamientos en diferentes contextos. Teniendo en cuenta que la población adolescente en la ciudad de Pasto se encuentra dentro de un grupo de alto riesgo como se demuestra en los estudios de Medicina Legal, se observó la necesidad de operacionalizar el riesgo suicida mediante una prueba psicológica válida y confiable.

Para la construcción, diseño y validación de dicha prueba se partió de factores ya establecidos que inciden directamente en la decisión de suicidarse, como es el caso del estudio de la Depresión, ya que como lo plantea Hamimond y Romney (1995) su prevalencia en la población adolescente se encuentra entre el 2 y el 5 por ciento en diferentes niveles de intensidad, lo que puede deberse a pensamientos que hacen sentir a la persona inadecuada y que la llevan a realizar evaluaciones negativas de sí, con constantes predicciones de fracaso en todas las actividades a realizar, desencadenando comportamientos de riesgo suicida; este aporte teórico sirvió para confirmar la importancia de los aspectos psicopatológicos dentro de nuestro estudio, a la vez de corroborar que el pensamiento suicida forma parte del espectro de sintomatología que se manifiesta en la depresión como lo plantea la APA (1995), la que través de sus postulados brinda información acerca de los sentimientos, actitudes y perspectivas de vida interna de un sujeto promedio y que pueden desencadenar comportamientos de riesgo suicida; al compartir la información que nos ofrecen estos estudios, no se presentó inconveniente en que a partir de las mismas se conformara un grupo de ítems, que midieran depresión en adolescentes, quedando esta parte de la escala muy ligada al marco teórico.

Al referirnos a otro aspecto dentro de la construcción de la escala, tenemos el área familiar cuya importancia radica en determinar en qué medida la problemática que se presenta en el hogar incrementa el riesgo de suicidio, ya

que como lo presenta Gastaminza, Vacas y Ros (1998) el matrimonio de los padres es un factor protector mientras que la desestructuración aumenta el riesgo de pensar en suicidio, considerando este comportamiento como la última vía de escape frente a una situación inmanejable; se asumen estos postulados como una guía para la redacción de reactivos que miden comunicación y el manejo inadecuado de normas entre otros aspectos, la importancia de esta información se ve reflejada en la tendencia a responder que los adolescentes presentan pues puntúan muy alto en el 100 por ciento de la población clínica y el 32 por ciento de la población normal lo que indicaría el grado de problemática familiar que experimentan los jóvenes.

En cuanto a los Eventos estresantes, se tiene claro que están presentes a lo largo de la vida y los adolescentes lo experimentan a nivel familiar y escolar con gran frecuencia y sin contar con las herramientas cognitivas para afrontarlo, esto se convierte en un punto de apoyo para la operacionalización del atributo, asumiendo así los aportes realizados por Eggert, Thompson y Herting (1994).

No se tuvieron en cuenta ciertos factores como la raza, aspectos laborales y económicos ya que nuestro entorno es pluriétnico y en nuestro medio social los adolescentes escolarizados en su gran mayoría dependen económicamente de sus padres, por lo cual consideramos que estos factores no inciden directamente sobre el atributo.

Al incluir el factor denominado Respuestas Comportamentales de Riesgo, se ve la necesidad de agrupar una serie de acontecimientos planteados por Patros y Shamoo (1989), a través de tres canales de respuesta como son: el Cognitivo, el Motor y el Fisiológico, lo cual permite al evaluador conocer el área que requiere mayor atención o intervención clínica.

Se confirma así que existe coherencia entre los temas utilizados al conformar la prueba como son: las Respuesta de Riesgo y los Factores asociados, y los temas que plantean los diferentes autores que fueron estudiados para la realización de la misma

En lo referente a los aspectos de análisis estadístico la prueba cuenta con una alta confiabilidad (95%) y validez (99%) tanto de los factores, como de la escala en su totalidad. El producto del presente trabajo investigativo constituye en el momento una herramienta psicométrica ágil, de fácil aplicación y calificación, con un promedio de veinticinco minutos en su ejecución, que sirve de apoyo diagnóstico en centros de intervención clínica que trabajen con población adolescente, así como en instituciones educativas que deseen obtener información acerca del riesgo suicida que pueda afectar actualmente a sus estudiantes y de esta manera implementar programas a nivel de prevención primaria y secundaria promocionando un estilo de vida saludable y una disminución de las tasas de suicidio que se reportan actualmente con un alto índice en nuestro contexto capitalino.

A pesar de ser una prueba con niveles altos de confiabilidad y validez, se desconoce su desempeño en contextos diferentes a los de su aplicación original, debido a que en el proceso de evaluación no se contó, por ejemplo, con información de centros educativos suburbanos o rurales que pertenezcan a la ciudad de Pasto. Por tal motivo y, en aras de consolidar las investigaciones que logren conjugar en la praxis, las construcciones teóricas con la realidad de los diferentes factores que en un medio social desencadenen una secuencia comportamental definida; es nuestro menester como investigadores, proponer a quienes se desempeñan en el estudio científico del comportamiento humano, desarrollar proyectos encaminados a ampliar el rango de acción de la escala en poblaciones con características culturales y evolutivas diferentes, así como a implementar programas informáticos tendientes a su optimización en el procesamiento de los datos y, en la construcción de estrategias en prevención y promoción de la salud que se generen a partir de los resultados que ofrece la prueba.

Cabe recalcar que la escala presenta limitaciones para su generalización o aplicación en universos no compatibles a los de su origen, por estar diseñada y validada para una población en particular (adolescentes escolarizados en la ciudad de Pasto), por lo tanto podría no brindar información eficaz con respecto al atributo riesgo suicida cuando sea ejecutado por un adulto o un niño, ya que el desarrollo psíquico de un individuo marcha hacia un estado de equilibrio

(Piaget, 1964), atravesado longitudinalmente por periodos críticos de crecimiento en los cuales las cogniciones, los sentimientos y las actitudes frente a un evento de crisis se manifiestan en una gama diversa de comportamientos.

Para finalizar se puede puntualizar que el presente trabajo investigativo, realiza un aporte de tipo tecnológico a la comunidad de docentes, psicólogos, psiquiatras y demás profesionales de la salud, además de un aporte de tipo teórico al unir bajo un mismo constructo, diversos estudios relacionadas a la explicación comportamental del riesgo suicida.

REFERENCIAS

- American Psychiatric Association. (1995). Manual estadístico y diagnóstico de desordenes mentales. Washington, DC: Maisson
- Anadon, J. (1996). Dimensión familiar y social. Selare,16, 187-188.
- Arranz, F. (1998). Factores psicológicos conductuales y psicosociales de la conducta suicida. En S. Ros(Ed.), La conducta suicida (pp 81-95). Madrid: Aran
- Asociación Colombiana de Psiquiatría. (1999). Estudio epidemiológico. Colombia: Secretaria Departamental de Salud
- Danhke, G. (1989). Investigación y comunicación. México: Mc Graw Hill.

Blom,B., Asher,S. & White, S. (1978). Marital disruption as a estresor: a review and análisis. Psicological Bulletin,85, 867-894.

Davinson, G. & Bernstein, I. (1995). Teoría psicométrica. México: Mc Graw Hill.

Diekstra, R. (1982). Suicide and the attempted suicide: internacional perspective. Acta psychiatrica scandinavica, 354,1-4.

Eggert, L., Thompson, E. & Herting, J. (1994). A measure or adolescente potencial for suicide (maps): development and preliminary findings. Suicide and life-threaning behavior,24,359-381.

Garfinkel, B., Froese, A. & Hood, J. (1982). Suicide attempts in children and adolescents. American journal of psychiatry, 110,1278-1281.

Gastaminza, X., vacas, R. & Ros, S. (1998). La conducta suicida en la infancia y la adolescencia. En S. Ros (Ed). La conducta suicida(pp. 179-195). Madrid: Aran

Goldman, H. (1996). Psiquiatría general. México: Manual Moderno.

Gordon, T. (1975). Parent effectiveness training. New York: The new American Library.

Halbwachs, M. (1969). Les suicides d' adolescents. París: Alcan.

Hamimond, W. & Romney, D. (1995). Cognitive factores contributing to adolescent depression. Journal of youth an adolescence, 24,667-683.

Hernández, R. (2000). Metodología de la investigación. México: Mc Graw Hill.

Hetherington, E., Cox, M. & Cox, R. (1979). Play and social interaction in children following divorce. Journal of social issues, 35,26-49.

Instituto Nacional de Medicina Legal. (2000). El consolidado estadístico de morbi mortalidad violenta. Manuscrito no publicado.

Lexus. (1997). Enciclopedia de psicología y pedagogía. Madrid: Trebol.

Ministerio de Justicia y Derecho. (1999). Censo delictivo nacional. Manuscrito no publicado.

Morón, P. (1992). El suicidio. México: Cruz O.

Nunally, j. & Bernstein, I. (1995). Teoría psicométrica. Mexico: Mc Graw Hill.

Papalia, D. (1997). Psicología del desarrollo. (5ª Ed.). Bogotá: Mc Graw Hill.

Patros, F & Shamoo, T. (1989). Depression and suicide in children and adolescents. Massachusets: Allyn and Bacon.

Piaget, J. (1964). Seis estudios de psicología. Bogotá: Drake.

Santana, J. (1996). Pedagogía familiar. Madrid: Nacera s.a

Sarró, B & de la Cruz, C. (1991). Los suicidios. Barcelona: Martínez Roca.

Thordike, R. (1995). Psicometría aplicada. México: Grupo Noriega

Unidad de psicología proinco. (2000). Macroproyecto comportamientos agresivos. Manuscrito no publicado.

Wicks-Nelson, R. & Israel, A. (1996). Psicopatología del niño y del adolescente. Madrid : Prentice Hall.

ANEXOS

ANEXO A

Nº _____

ESCALA DE RIESGO SUICIDA

PRUEBA PILOTO

CUESTIONARIO 1

Edad: _____ Género: M_____ F_____ Institución Pr_____ Pu_____

A continuación encontrarás una serie de preguntas a las cuales deberás responder: Si, en caso de comprender su significado y No, en el caso contrario. Si la respuesta es negativa te solicitamos subrayes aquello que no comprendas. No existen respuestas buenas o malas solo nos interesa tu sinceridad. Tu colaboración es muy valiosa para evaluar en un futuro los comportamientos suicidas en jóvenes.

ITEMS	SI	NO
1. Tienes problemas para resolver las situaciones difíciles que se presentan en tu vida.	—	—
2. Tienes dificultad para encontrar la solución a tus problemas.	—	—
3. Encuentras dificultad para concentrarte en tus actividades Diarias	—	—
4. Te distraes fácilmente cuando estas realizando una tarea	—	—
5. Se te dificulta excluir ciertos pensamientos de tu mente	—	—
6. Te encuentras aburrido la mayor parte del tiempo.	—	—
7. La mayoría de las actividades te parecen aburridas	—	—
8. Las actividades académicas te parecen monótonas.	—	—
9. Piensas que tus amigos no te comprenden.	—	—
10. Piensas en la muerte.	—	—
11. Estos pensamientos interfieren en tus actividades diarias.	—	—

- | | | |
|--|---|---|
| 12. Sientes que no logras adaptarte a la vida en general. | — | — |
| 13. Te dejas vencer fácilmente ante los problemas. | — | — |
| 14. Piensas que la vida vale la pena. | — | — |
| 15. Imaginas planes con respecto a tu muerte. | — | — |
| 16. Realizas actos que vayan en contra de tu vida. | — | — |
| 17. Sientes la necesidad de lesionarte como una forma de llamar la atención. | — | — |
| 18. Afirmas que la gente estaría mejor sin ti. | — | — |
| 19. Te produces daño con la intención de morir. | — | — |
| 20. Ingieres medicinas innecesarios con el fin de quitarte la vida | — | — |
| 21. realizas cortes en tus muñecas o en otras partes de tu cuerpo. | — | — |
| 22. La gente reclama por cambios en tu comportamiento. | — | — |
| 23. Tienes periodos en los que quieres hacer nada. | — | — |
| 24. Has notado cambios en tu comportamiento fuera y dentro del colegio. | — | — |
| 25. Últimamente tu comportamiento se ha tornado agresivo. | — | — |
| 26. Tienes problemas para quedarte dormido. | — | — |
| 27. Despiertas en la madrugada sin poder dormir nuevamente. | — | — |
| 28. Tienes insomnio. | — | — |
| 29. Duermes durante periodos largos de tiempo. | — | — |
| 30. Presentas malestar físico sin encontrar una razón. | — | — |

- | | | |
|---|---|---|
| 31. Has presentado mayor o menor apetito del normal. | — | — |
| 32. Tus padres te escuchan y hablan contigo. | — | — |
| 33. En familia permiten expresar tus sentimientos. | — | — |
| 34. Consideras que la edad de tus padres es impedimento
para hablar con ellos. | — | — |
| 35. la falta de comunicación te ha alejado de tu familia. | — | — |
| 36. Tus padres te castigan de manera constante. | — | — |
| 37. Tus padres critican lo que haces. | — | — |
| 38. Tus padres ayudan a solucionar los problemas | — | — |
| 39. Tus padres tienen problemas en su relación de pareja. | — | — |
| 40. Tienes problemas para relacionarte con gente de tu edad. | — | — |
| 41. Te has aislado de tus amigos. | — | — |
| 42. La gente de tu edad influye mucho en ti. | — | — |
| 43. Estas de acuerdo con lo que hacen y piensan tus amigos. | — | — |
| 44. Te adaptas fácilmente a nuevos grupos. | — | — |
| 45. Compartes lo que sientes y piensas con tus amigos. | — | — |
| 46. Escuchas música que te hace sentir triste. | — | — |
| 47. Te sientes incomodo al estar con un grupo de personas. | — | — |
| 48. Presentas un bajo rendimiento académico. | — | — |
| 49. Tienes dificultades para cumplir con tus obligaciones
académicas y extra-académicas. | — | — |

- | | | |
|---|---|---|
| 50. Has perdido alguien importante en tu vida. | — | — |
| 51. Has tenido contacto con alguien que se haya suicidado. | — | — |
| 52. En tu infancia experimentaste la muerte o separación de uno
de tus padres. | — | — |
| 53. Durante tu infancia presenciaste violencia al interior de
tu hogar. | — | — |
| 54. Se han presentado enfermedades médicas o psiquiátricas
graves en tu familia. | — | — |
| 55. Presenciaste en tu hogar abuso de drogas o alcohol. | — | — |
| 56. Tienes problemas afectivos con tu pareja. | — | — |
| 57. Presentas dificultades de tipo económico. | — | — |
| 58. Sientes cansancio fácilmente. | — | — |
| 59. Te tornas irritable casi todos los días. | — | — |
| 60. Muestras indiferencia y fatiga frecuentemente. | — | — |
| 61. Te sientes agitado la mayor parte del día. | — | — |
| 62. Sientes que haces menos cosas de lo normal. | — | — |
| 63. Te sientes inútil la mayor parte del tiempo. | — | — |
| 64. Te desprecias y culpas por diferentes situaciones. | — | — |
| 65. Te consideras desagradable ante los demás. | — | — |
| 66. Te calificas como una persona que tiene más cualidades
que defectos. | — | — |

67. piensas que el mundo debería acabarse _____

A continuación puedes escribir los comentarios o sugerencias que tengas con respecto a las preguntas que acabas de analizar.

Responsables:

Gema Patricia Legarda B.

Andres Paz Ortega.

Estudiantes de Psicología

Universidad de Nariño.

ANEXO B

Nº _____

ESCALA DE RIESGO SUICIDA

PRUEBA PILOTO

CUESTIONARIO 2

Edad: _____ Género: M____ F____ Institución Pr____ Pu____

A continuación encontrarás una serie de preguntas a las cuales deberás responder: Si en caso de comprender su significado y No en el caso contrario. Si la respuesta es negativa te solicitamos subrayes aquello que no comprendas. No existen respuestas buenas o malas solo nos interesa tu sinceridad. Tu colaboración es muy valiosa para evaluar en un futuro los comportamientos suicidas en jóvenes.

ITEM	SI	NO
1. Tienes pensamientos con respecto a tu muerte.	—	—
2. Crees que la gente se preocupa por ti.	—	—
3. Consideras que tu vida es relativamente fácil.	—	—
4. Piensas que el mundo podría estar mejor sin ti.	—	—
5. utilizas métodos como el chantaje o la manipulación para obtener lo que deseas.	—	—
6. Piensas que tu vida es un fracaso.	—	—
7. Consideras que has cumplido con las metas que te propones.	—	—
8. Piensas que la gente se burla de ti.	—	—
9. Imaginas situaciones en las que pones tu vida en riesgo.	—	—
10. Piensas que tienes una misión en la vida.	—	—
11. Actúas impulsivamente frente a una situación incómoda.	—	—
12. Agredes a tus compañeros.	—	—

- | | | |
|--|---|---|
| 13. Agredes a tus familiares. | — | — |
| 14. Consumes alcohol. | — | — |
| 15. Encuentras en el alcohol o las drogas una forma de liberarte de tus problemas. | — | — |
| 16. Juegas con cuchillos o armas blancas. | — | — |
| 17. Consumes algún tipo de sustancias prohibidas o drogas. | — | — |
| 18. La mayor parte del día prefieres estar solo. | — | — |
| 19. Te gusta sentirte rodeado de personas. | — | — |
| 20. Has intentado quitarte la vida. | — | — |
| 21. Practicas deportes extremos. | — | — |
| 22. Fácilmente puedes descontrolarte. | — | — |
| 23. Escribes acerca de la muerte. | — | — |
| 24. Tienes miedo intenso a aumentar de peso. | — | — |
| 25. Presentas sudoración en las manos, oleadas de calor o frío. | — | — |
| 26. Sientes de pronto que te vas a volver loco sin explicación alguna. | — | — |
| 27. Lloras sin motivo aparente. | — | — |
| 28. Tus padres intentan controlar cada aspecto de tu vida. | — | — |
| 29. Las expresiones de afecto por parte de tus padres son frecuentes. | — | — |
| 30. Las relaciones con tus hermanos tienden a ser conflictivas. | — | — |
| 31. Observas falta de interés y atención por parte de alguno de | | |

tus padres.	—	—
32. Sientes que no cumples con las expectativas de tus padres.	—	—
33. En ocasiones te sientes aislado del resto de tu familia.	—	—
34. Tu padre se preocupa por ti.	—	—
35. Sientes que tu madre es muy controladora.	—	—
36. Piensas en fugarte de casa.	—	—
37. La mayor parte del tiempo prefieres estar solo.	—	—
38. Has asistido a cultos considerados satánicos.	—	—
39. Consideras que los medios de comunicación te influyen.	—	—
40. Consideras que es importante el reconocimiento público.	—	—
41. Haces comentarios del tipo: “no le temo a la muerte”.	—	—
42. Has tenido dificultades legales o con las autoridades.	—	—
43. Has padecido enfermedades consideradas crónicas.	—	—
44. Consideras que el estrés te afecta.	—	—
45. Tu libertad esta controlada.	—	—
46. De repente tus padres estallan en cólera.	—	—
47. Has presenciado el abuso sexual de alguien.	—	—
48. Has sido víctima de abuso sexual.	—	—
49. Has sido afectado por catástrofes naturales.	—	—
50. Te afecta la ruptura de una relación sentimental.	—	—
51. Sientes que estas disminuyendo de peso.	—	—

- | | | |
|--|---|---|
| 52. Tomas decisiones fácilmente. | — | — |
| 53. Sientes que eres útil y necesario. | — | — |
| 54. Te cansas sin motivo. | — | — |
| 55. Te sientes más irritable que de costumbre. | — | — |
| 56. Disfrutas con lo que haces. | — | — |
| 57. Te encuentras intranquilo. | — | — |
| 58. Tienes esperanzas en el futuro. | — | — |
| 59. Sientes que tu vida esta vacía. | — | — |
| 60. Sientes que no tienes las cosas bajo control. | — | — |
| 61. Te sientes infeliz la mayor parte del tiempo. | — | — |
| 62. Sientes temor al enfrentar a la gente. | — | — |
| 63. Criticas todas lo que haces. | — | — |
| 64. Te sientes confundido, desanimado y triste. | — | — |
| 65. La mayor parte del día piensas en sucesos del pasado. | — | — |
| 66. Te aceptas tal y como eres. | — | — |
| 67. Tus relaciones afectivas se caracterizan por ser estables. | — | — |

A continuación puedes escribir los comentarios o sugerencias que tengas con respecto a las preguntas que acabas de analizar.

Responsables:

Gema Patricia Legarda B.

Andrés Paz Ortega.

Estudiantes de Psicología

Universidad de Nariño.

ANEXO C

No. ____

ESCALA DE RIESGO SUICIDA

PRUEBA EXPERIMENTAL

Edad: _____ Género: M____ F____ Institución: Pr____ Of____ Cl____

A continuación encontraras una serie de preguntas a las cuales deberás responder de acuerdo a tus pensamientos y sentimientos actuales. No existen respuestas buenas o malas, simplemente nos interesa tu sinceridad.

Para responder a cada ítem o pregunta, debes marcar con una X en la casilla correspondiente, utilizando una escala de 1 a 5, que se expresa de la siguiente manera:

1: NUNCA

2: CASI NUNCA

3: ALGUNAS VECES

4: CASI SIEMPRE

5: SIEMPRE

FACTOR 1

1.1 ITEMS

	1	2	3	4	5
1. Tienes dificultad para encontrar la solución a tus problemas	☐	☐	☐	☐	☐
2. Encuentras dificultad para concentrarte en tus actividades diarias	☐	☐	☐	☐	☐
3. Se te dificulta sacar de tu mente ciertos pensamientos	☐	☐	☐	☐	☐
4. Piensas que tus amigos no te comprenden	☐	☐	☐	☐	☐
5. Tienes pensamientos con respecto a tu muerte	☐	☐	☐	☐	☐
6. Estos pensamientos interfieren en tus actividades diarias	☐	☐	☐	☐	☐
7. Te dejas vencer fácilmente por los problemas	☐	☐	☐	☐	☐
8. Imaginas planes con respecto a tu muerte	☐	☐	☐	☐	☐
9. Piensas que tu vida es un fracaso	☐	☐	☐	☐	☐

- | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 10.La mayoría de las actividades te parecen aburridas | O | O | O | O | O |
| 11. Crees que la gente se preocupa por ti | O | O | O | O | O |
| 12.Piensas que el mundo podría estar mejor sin ti | O | O | O | O | O |
| 13.Manipulas a la gente para obtener lo que deseas | O | O | O | O | O |
| 14.Piensas que la gente se burla de ti | O | O | O | O | O |
| 15.Imaginas situaciones en las pones en peligro tu vida | O | O | O | O | O |
| 16.Te sientes seguro de lo que haces | O | O | O | O | O |
| 17.Las actividades académicas te parecen aburridas | O | O | O | O | O |
| 18.Piensas que el mundo debería acabarse | O | O | O | O | O |
| 19.Sientes que no logras adaptarte a la vida en general | O | O | O | O | O |

PUNTAJE PARCIAL

1.2 ITEMS

1 2 3 4 5

- | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 20.Realizas actos en contra de tu vida | O | O | O | O | O |
| 21.Sientes la necesidad de lesionarte como una forma de llamar
la atención | O | O | O | O | O |
| 22.Afirmas que la gente estaría mejor sin ti | O | O | O | O | O |
| 23.Ingieres medicinas con el fin de quitarte la vida | O | O | O | O | O |
| 24.Realizas cortes en tus muñecas o en otras partes de tu cuerpo
con cuchillas o navajas | O | O | O | O | O |
| 25.Tienes periodos en los que no quieres hacer nada | O | O | O | O | O |

26. La gente dice que has cambiado mucho en los últimos días O O O O O
27. Encuentras en el alcohol o las drogas una forma para liberarte
de los problemas O O O O O
28. La mayor parte del día prefieres estar solo O O O O O
29. Has intentado quitarte la vida O O O O O
30. Intentas hacerle daño a los demás O O O O O
31. Escribes mensajes con respecto a la muerte O O O O O
32. Respondes agresivamente frente a cualquier situación O O O O O
33. Te gusta sentirte rodeada de personas O O O O O
34. Te produces daño con la intención de morir O O O O O
35. Desafías a la muerte con la práctica de deportes extremos O O O O O

PUNTAJE PARCIAL _____

- 1.3 ITEMS 1 2 3 4 5
36. Tienes problemas para quedarte dormido O O O O O
37. Despiertas en la madrugada sin poder dormir nuevamente O O O O O
38. En las noches no puedes dormir O O O O O
39. Duermes durante periodos de tiempo muy prolongados O O O O O
40. Presentas malestar físico sin encontrar una razón O O O O O
41. Comes en mayor o menor cantidad de lo normal O O O O O
42. Sientes miedo inexplicable e intenso cuando estas solo(a) O O O O O

43.Lloras sin motivo aparente O O O O O

PUNTAJE PARCIAL _____

PUNTAJE FACTOR _____

FACTOR 2

2.1 ITEMS 1 2 3 4 5

44.La falta de comunicación te ha alejado de tu familia O O O O O

45.Tus padres te castigan de manera constante O O O O O

46.Tus padres critican todo lo que haces O O O O O

47.Tus padres ayudan a solucionar tus problemas O O O O O

48.Tus padres tienen problemas en su relación de pareja O O O O O

49.Las expresiones de afecto por parte de tus padres son
frecuentes O O O O O

50.Las relaciones con tus hermanos tienden a ser conflictivas O O O O O

51. En ocasiones te sientes aislado por parte de tu familia O O O O O

52.En familia permiten expresar tus sentimientos O O O O O

53.Sientes que no cumples con las expectativas de tus padres O O O O O

54.Tus padres intentan controlar cada aspecto de tu vida O O O O O

55.Consideras que eres la causa de los problemas en tu familia O O O O O

PUNTAJE PARCIAL _____

2.2 ITEMS	1	2	3	4	5
56. Piensas en escapar de casa	☐	☐	☐	☐	☐
57. La mayor parte del tiempo prefieres estar solo	☐	☐	☐	☐	☐
58. Consideras importante que los demás valoren tu trabajo	☐	☐	☐	☐	☐
59. Tienes dificultades para relacionarte con personas de tu edad	☐	☐	☐	☐	☐
60. Te aíslas de tus amigos	☐	☐	☐	☐	☐
61. La gente de tu edad influye mucho en ti	☐	☐	☐	☐	☐
62. Estas de acuerdo con lo que piensan y hacen tus amigos	☐	☐	☐	☐	☐
63. Te adaptas fácilmente a nuevos grupos	☐	☐	☐	☐	☐
64. Expresas lo que sientes y piensas a tus amigos	☐	☐	☐	☐	☐
65. Te sientes incomodo (a) al estar con un grupo de personas	☐	☐	☐	☐	☐
66. Consideras que los medios de comunicación influyen sobre ti	☐	☐	☐	☐	☐
67. Consideras que la música influye sobre tu estado de animo	☐	☐	☐	☐	☐

PUNTAJE PARCIAL _____

2.3 ITEMS	1	2	3	4	5
68. Presentas un bajo rendimiento académico	☐	☐	☐	☐	☐
69. Tienes dificultades para cumplir con tus actividades diarias	☐	☐	☐	☐	☐
70. Has tenido contacto con alguien que se haya suicidado	☐	☐	☐	☐	☐

71. Se han presentado enfermedades médicas o mentales graves
dentro de tu familia O O O O O
72. Presenciaste en tu hogar abuso de drogas o alcohol O O O O O
73. Durante tu infancia presenciaste violencia al interior
de tu hogar O O O O O
74. Tienes problemas afectivos con tu novio(a) O O O O O
75. Te afecta demasiado la ruptura de una relación sentimental O O O O O
76. Has padecido enfermedades consideradas crónicas O O O O O
77. De repente tus padres estallan en cólera O O O O O
78. Has tenido dificultades legales o con las autoridades O O O O O
79. Has perdido a alguien importante en tu vida O O O O O
80. Consideras que el estrés te afecta O O O O O
81. Consideras que todo está llegando al final O O O O O
82. Tus padres realizaban comentarios acerca de “querer morir” O O O O O
83. Te sientes como atrapado en un laberinto sin salida O O O O O

PUNTAJE PARCIAL _____

- 2.4 ITEMS 1 2 3 4 5
84. Te tornas irritable casi todos los días O O O O O
85. Sientes cansancio fácilmente O O O O O
86. Muestras indiferencia y fatiga frecuentemente O O O O O

- | | | | | | |
|--|---|---|---|---|---|
| 87. Te sientes inútil la mayor parte del tiempo | O | O | O | O | O |
| 88. Te desprecias y culpas por diversas situaciones | O | O | O | O | O |
| 89. Disfrutas con las actividades que realizas | O | O | O | O | O |
| 90. Tienes esperanzas en el futuro | O | O | O | O | O |
| 91. Sientes que tu vida está vacía | O | O | O | O | O |
| 92. Sientes que no tienes las cosas bajo control | O | O | O | O | O |
| 93. Criticas todo lo que haces | O | O | O | O | O |
| 94. Te sientes confundido, desanimado y triste | O | O | O | O | O |
| 95. La mayor parte del día piensas en sucesos del pasado | O | O | O | O | O |
| 96. Te aceptas tal y como eres | O | O | O | O | O |
| 97. Tus relaciones afectivas se caracterizan por la estabilidad | O | O | O | O | O |
| 98. Te calificas como una persona que tiene mas cualidades
que defectos | O | O | O | O | O |
| 99. Te sientes infeliz la mayor parte del tiempo | O | O | O | O | O |
| 100. Sientes temor al enfrentar a la gente | O | O | O | O | O |

PUNTAJE PARCIAL _____

PUNTAJE FACTOR _____

PUNTAJE TOTAL _____

TIEMPO DE EJECUCIÓN: _____

OBSERVACIONES:

RESPONSABLES:

GEMA PATRICIA LEGARDA B.

ANDRES PAZ ORTEGA

PSICÓLOGOS (p)

UNIVERSIDAD DE NARIÑO

2001

ANEXO D

MANUAL DE APLICACIÓN

Descripción General

Ficha Técnica

<u>Nombre.</u>	Escala de Riesgo Suicida
<u>Autores.</u>	Gema Patricia Legarda, Andrés Paz Ortega y Fredy Hernan Villalobos
<u>Procedencia.</u>	Universidad de Nariño
<u>Administración.</u>	Individual o colectiva

<u>Duración.</u>	30 a 40 minutos
<u>Aplicación.</u>	Adolescentes entre los 13 y 18 años
<u>Escolaridad.</u>	Estudiantes de secundaria
<u>Significación.</u>	Evaluación de respuestas de riesgo y factores asociados a los comportamientos suicidas.

Fin y Características Generales

La escala permite medir el riesgo de realizar comportamientos suicidas, en el que se encuentra un adolescente entre los 13 y 18 años; a través de la medición de respuestas de riesgo como son las respuestas cognitivas, motoras y fisiológicas, y los factores asociados como son los familiares, sociales, eventos vitales y depresión.

La escala esta conformada por un total de 86 reactivos ante los cuales debe responder el encuestado de acuerdo a su situación actual.

Aplicaciones

La escala puede ser aplicada a adolescentes escolarizados entre los 13 y 18 años, también a jóvenes que se encuentren dentro de este rango de edad y que presenten sintomatología compatible con depresión, ya que este es un factor muy ligado a la conducta suicida.

Material para la aplicación

- Escala de evaluación
- Normas de aplicación e interpretación

- Contar con un sitio adecuado para la aplicación

Normas de Aplicación

Instrucciones Generales

La persona que aplica la prueba deberá conocer las características generales de la misma, las cuales debe dar a conocer a los encuestados, para que así puedan responder correctamente a las preguntas, además de disponer de un medio adecuado para el desarrollo de la misma.

Instrucciones Específicas

Después de entregar a los jóvenes las encuestas se les indicará la forma correcta de llenar los datos como edad, género e institución; dándoles a conocer las posibilidades de respuesta y la manera de marcar las mismas ante cada reactivo de acuerdo a sus comportamientos y pensamientos actuales, recordándoles que no existen respuestas buenas ni malas y que la prueba es sólo un medio de ayuda para determinar una problemática.

Justificación Estadística

Confiabilidad

Esta se encontró a través del coeficiente de Alpha de Cronbach, obteniendo inicialmente la confiabilidad de cada factor y posteriormente la confiabilidad de la escala en general, como se muestra a continuación.

Confiabilidad de la Escala y sus Factores

VARIABLES	ALPHA DE CROMBACH	NUMERO DE ITEMS
-----------	-------------------	-----------------

FACTOR 1	0.92	40
AREA 1 1	0.84	17
AREA 1 2	0.83	15
AREA 1 3	0.72	8
FACTOR 2	0.92	46
AREA 2 1	0.81	9
AREA 2 2	0.60	9
AREA 2 3	0.78	16
AREA 2 4	0.89	12
CONF. TOTAL	0.95	86

Validez

Fue obtenida a través de comparación de grupos o t de student, en población clínica y no clínica, con un margen de error o puntuación alpha de 0.01 y una probabilidad de 99% en cuanto a medición del atributo denominado Riesgo Suicida en adolescentes.

Normas Interpretativas

Para determinar el nivel de riesgo suicida en el que se encuentra el adolescente se sumarán las puntuaciones que marcó ante cada reactivo, las cuales se encuentran entre uno y cinco distribuidas de la siguiente manera: un punto (1) para la respuesta Nunca, dos puntos (2) para la respuesta Casi Nunca; tres puntos (3) para la respuesta Algunas Veces, cuatro puntos (4) para la respuesta Casi Siempre, y cinco puntos (5) para la respuesta Siempre. Es

necesario calificar de forma inversa el ítem 55 perteneciente al Área 2.2 que evalúa interacción social en adolescentes.

La calificación de la escala requiere de que se transformen los puntajes obtenidos en las mismas a través de la comparación de estas con los datos que se encuentran consignados en las tablas de baremos.

Baremos Escala de Riesgo Suicida

Baremos para Hombres en Institución Oficial.

ESCALA	MB	B	M	A	MA	MEDIA	MEDIA NA	DESV. ESTA.	Nº CASOS
A 1 1	32 ó -	33-35	36-40	41-49	50 ó +	40.15	37.50	11.07	70
A 1 2	22 ó -	23	24-28	29-37	38 ó +	28.52	25.00	9.03	70
A 1 3	14 ó -	15-17	18-20	21-24	25 ó +	18.62	18.00	4.95	70
F 1	69 ó -	70-78	79-87	88-113	114 ó +	87.31	80.50	22.24	70
A 2 1	15 ó -	16-19	20-23	24-27	28 ó +	21.85	22.00	6.85	70
A 2 2	18 ó -	19-20	21-24	25-27	28 ó +	22.70	22.00	5.22	70
A 2 3	25 ó -	26-30	31-33	34-40	41 ó +	32.60	31.50	9.33	70
A 2 4	21 ó -	22-24	25-29	30-34	35 ó +	27.65	26.00	9.07	70
F 2	87 ó -	88-97	98-108	109-123	124 ó +	104.81	102.00	24.41	70
TOTAL	158 ó -	159- 174	175- 191	192-229	230 ó +	192.12	184.00	44.29	70

Baremos para Hombres en Institución Privada.

ESCALA	MB	B	M	A	MA	MEDIA	MEDIA NA	DESV. ESTA.	Nº CASOS
A 1 1	30 ó -	31-35	36-40	41-45	46 ó +	37.88	38.00	8.61	98
A 1 2	21 ó -	22-23	24-28	29-32	33 ó +	27.79	25.00	7.96	98
A 1 3	12 ó -	13-15	16-17	18-21	22 ó +	16.75	16.00	5.52	98
F 1	65 ó -	66-76	77-85	86-96	97 ó +	81.43	80.50	19.16	98
A 2 1	15 ó -	16-17	18-20	21-25	26 ó +	19.52	18.50	6.19	98
A 2 2	18 ó -	19-21	22-23	24-27	28 ó +	22.44	22.00	4.89	98
A 2 3	24 ó -	25-27	28-32	33-38	39 ó +	31.27	29.00	8.80	98
A 2 4	19 ó -	20-23	24-26	27-31	32 ó +	24.92	25.00	7.00	98
F 2	79 ó -	80-90	91-100	101- 119	120 ó +	98.17	95.00	22.33	98
TOTAL	148 ó -	149- 163	164- 185	186- 212	213 ó +	179.61	174.50	39.16	98

Baremos para Mujeres en Institución Oficial.

ESCALA	MB	B	M	A	MA	MEDIA	MEDIA NA	DESV. ESTA.	Nº CASOS
A 1 1	35 ó -	36-40	41-45	46-52	53 ó +	44.00	43.00	10.46	95
A 1 2	23 ó -	24-27	28-31	32-38	39 ó +	30.83	28.00	9.29	95
A 1 3	16 ó -	17-20	21-23	24-27	28 ó +	21.84	22.00	5.66	95
F 1	76 ó -	77-88	89-98	99-117	118 ó +	96.67	92.00	23.37	95
A 2 1	18 ó -	19-22	23-26	27-29	30 ó +	24.45	25.70	7.09	95
A 2 2	20 ó -	21-23	24-26	27-29	30 ó +	24.81	25.00	5.32	95
A 2 3	29 ó -	30-35	36-39	40-43	44 ó +	36.61	37.00	8.41	95
A 2 4	25 ó -	26-29	30-35	36-43	44 ó +	33.51	33.00	9.91	95

F 2	98 ó -	99-111	112-123	124-145	146 ó +	119.38	117.00	25.94	95
TOTAL	175 ó -	176-198	199-223	224-263	264 ó +	216.06	211.00	47.03	95

Baremos para Mujeres en Institución Privada.

ESCALA	MB	B	M	A	MA	MEDIA	MEDIA NA	DESV. ESTA.	Nº CASOS
A 1 1	33 ó -	34-39	40-44	45-52	53 ó +	43.17	41.00	11.06	57
A 1 2	23 ó -	24-26	27-30	31-37	38 ó +	30.40	28.00	9.95	57
A 1 3	16 ó -	17-19	20-21	22-24	25 ó +	20.36	20.00	5.56	57
F 1	76 ó -	77-85	86-93	94-111	112 ó +	93.94	90.00	23.74	57
A 2 1	15 ó -	16-19	20-25	26-31	32 ó +	23.52	22.00	8.10	57
A 2 2	20 ó -	21-24	25-27	28-29	30 ó +	24.77	26.00	4.61	57
A 2 3	29 ó -	30-33	34-36	37-42	43 ó +	36.14	35.00	9.49	57
A 2 4	23 ó -	24-29	30-32	33-37	38 ó +	31.0	31.00	8.19	57
F 2	88 ó -	89-109	110-118	119-138	139 ó +	115.43	114.00	25.64	57
TOTAL	173 ó -	174-192	193-216	217-242	243 ó +	209.38	200.00	47.36	57

ANEXO E

ESCALA DE RIESGO SUICIDA EN ADOLESCENTES

(LEGARDA, PAZ Y VILLALOBOS 2001)

UNIVERSIDAD DE NARIÑO

FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS

PROGRAMA DE PSICOLOGÍA

Edad: _____ Género: M____ F____ Institución: Pr____ Of____ Cl____

El objetivo de esta escala, es determinar el nivel de riesgo suicida en el que te encuentras. A continuación te presentamos una serie de preguntas relacionadas a diferentes aspectos de tu vida, lo que debes hacer es responder de manera sincera a cada una de ellas, rellorando el espacio de la alternativa que más se acerque a lo que piensas y sientes actualmente; recuerda que no hay respuestas buenas ni malas.

Tus opciones de respuesta son las siguientes:

1. NUNCA
2. CASI NUNCA
3. A VECES
4. CASI SIEMPRE
5. SIEMPRE

FACTOR 1

1.1 ITEMS	1	2	3	4	5
1.Tienes dificultad para encontrar la solución a tus problemas	O	O	O	O	O
2.Encuentras dificultad para concentrarte en tus actividades diarias	O	O	O	O	O
3.Se te dificulta sacar de tu mente ciertos pensamientos	O	O	O	O	O
4.Piensas que tus amigos no te comprenden	O	O	O	O	O

- | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 5.Tienes pensamientos con respecto a tu muerte | O | O | O | O | O |
| 6.Estos pensamientos interfieren en tus actividades diarias | O | O | O | O | O |
| 7.Te dejas vencer fácilmente por los problemas | O | O | O | O | O |
| 8.Imaginas planes con respecto a tu muerte | O | O | O | O | O |
| 9.Piensas que tu vida es un fracaso | O | O | O | O | O |
| 10.La mayoría de las actividades te parecen aburridas | O | O | O | O | O |
| 11.Piensas que el mundo podría estar mejor sin ti | O | O | O | O | O |
| 12.Manipulas a la gente para obtener lo que deseas | O | O | O | O | O |
| 13.Piensas que la gente se burla de ti | O | O | O | O | O |
| 14.Imaginas situaciones en las pones en peligro tu vida | O | O | O | O | O |
| 15.Las actividades académicas te parecen aburridas | O | O | O | O | O |
| 16.Piensas que el mundo debería acabarse | O | O | O | O | O |
| 17.Sientes que no logras adaptarte a la vida en general | O | O | O | O | O |

PUNTAJE PARCIAL _____

- | 1.2 ITEMS | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|---|---|---|---|---|---|
| 18.Realizas actos en contra de tu vida | O | O | O | O | O |
| 19.Sientes la necesidad de lesionarte como una forma de llamar
la atención | O | O | O | O | O |
| 20.Afirmas que la gente estaría mejor sin ti | O | O | O | O | O |
| 21.Ingieres medicinas con el fin de quitarte la vida | O | O | O | O | O |

- 22.Realizas cortes en tus muñecas o en otras partes de tu cuerpo
con cuchillas o navajas O O O O O
- 23.Tienes periodos en los que no quieres hacer nada O O O O O
- 24.La gente dice que has cambiado mucho en los últimos días O O O O O
- 25.Encuentras en el alcohol o las drogas una forma para liberarte
de los problemas O O O O O
- 26.La mayor parte del día prefieres estar solo O O O O O
- 27 Has intentado quitarte la vida O O O O O
- 28.Intentas hacerle daño a los demás O O O O O
- 29.Escribes mensajes con respecto a la muerte O O O O O
- 30.Respondes agresivamente frente a cualquier situación O O O O O
- 31.Te produces daño con la intención de morir O O O O O
- 32.Desafías a la muerte con la práctica de deportes extremos O O O O O

PUNTAJE PARCIAL _____

- 1.3 ITEMS 1 2 3 4 5
- 33.Tienes problemas para quedarte dormido O O O O O
- 34.Despiertas en la madrugada sin poder dormir nuevamente O O O O O
- 35.En las noches no puedes dormir O O O O O
- 36.Duermes durante periodos de tiempo muy prolongados O O O O O
- 37.Presentas malestar físico sin encontrar una razón O O O O O

38.Comes en mayor o menor cantidad de lo normal 0 0 0 0 0

39.Sientes miedo inexplicable e intenso cuando estas solo(a) 0 0 0 0 0

40.Lloras sin motivo aparente 0 0 0 0 0

PUNTAJE PARCIAL _____

PUNTAJE FACTOR _____

FACTOR 2

2.1 ITEMS 1 2 3 4 5

41.La falta de comunicación te ha alejado de tu familia 0 0 0 0 0

42. Tus padres te castigan de manera constante 0 0 0 0 0

43. Tus padres critican todo lo que haces 0 0 0 0 0

44. Tus padres tienen problemas en su relación de pareja 0 0 0 0 0

45.Las relaciones con tus hermanos tienden a ser conflictivas 0 0 0 0 0

46. En ocasiones te sientes aislado por parte de tu familia 0 0 0 0 0

47. Sientes que no cumples con las expectativas de tus padres 0 0 0 0 0

48. Tus padres intentan controlar cada aspecto de tu vida 0 0 0 0 0

49.Consideras que eres la causa de los problemas en tu familia ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

PUNTAJE PARCIAL

2.2 ITEMS 1 2 3 4 5

50. Piensas en escapar de casa 0 0 0 0 0

51. La mayor parte del tiempo prefieres estar solo O O O O O
52. Tienes dificultades para relacionarte con personas de tu edad O O O O O
53. Te aíslas de tus amigos O O O O O
54. La gente de tu edad influye mucho en ti O O O O O
- *55. Estas de acuerdo con lo que piensan y hacen tus amigos O O O O O
56. Te sientes incomodo (a) al estar con un grupo de personas O O O O O
57. Consideras que los medios de comunicación influyen sobre ti O O O O O
58. Consideras que la música influye sobre tu estado de animo O O O O O

PUNTAJE PARCIAL _____

- 2.3 ITEMS 1 2 3 4 5
59. Presentas un bajo rendimiento académico O O O O O
60. Tienes dificultades para cumplir con tus actividades diarias O O O O O
61. Has tenido contacto con alguien que se haya suicidado O O O O O
62. Se han presentado enfermedades médicas o mentales graves dentro de tu familia O O O O O
63. Presenciaste en tu hogar abuso de drogas o alcohol O O O O O
64. Durante tu infancia presenciaste violencia al interior de tu hogar O O O O O

- | | | | | | |
|--|---|---|---|---|---|
| 65. Tienes problemas afectivos con tu novio(a) | O | O | O | O | O |
| 66. Te afecta demasiado la ruptura de una relación sentimental | O | O | O | O | O |
| 67. Has padecido enfermedades consideradas crónicas | O | O | O | O | O |
| 68. De repente tus padres estallan en cólera | O | O | O | O | O |
| 69. Has tenido dificultades legales o con las autoridades | O | O | O | O | O |
| 70. Has perdido a alguien importante en tu vida | O | O | O | O | O |
| 71. Consideras que el estrés te afecta | O | O | O | O | O |
| 72. Consideras que todo está llegando al final | O | O | O | O | O |
| 73. Tus padres realizaban comentarios acerca de “querer morir” | O | O | O | O | O |
| 74. Te sientes como atrapado en un laberinto sin salida | O | O | O | O | O |

PUNTAJE PARCIAL

2.4 ITEMS

- | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 75. Te tornas irritable casi todos los días | O | O | O | O | O |
| 76. Sientes cansancio fácilmente | O | O | O | O | O |
| 77. Muestras indiferencia y fatiga frecuentemente | O | O | O | O | O |
| 78. Te sientes inútil la mayor parte del tiempo | O | O | O | O | O |
| 79. Te desprecias y culpas por diversas situaciones | O | O | O | O | O |
| 80. Sientes que tu vida está vacía | O | O | O | O | O |
| 81. Sientes que no tienes las cosas bajo control | O | O | O | O | O |
| 82. Criticas todo lo que haces | O | O | O | O | O |

83. Te sientes confundido, desanimado y triste 0 0 0 0 0

84.La mayor parte del día piensas en sucesos del pasado 0 0 0 0 0

85.Te sientes infeliz la mayor parte del tiempo

86.Sientes temor al enfrentar a la gente 0 0 0 0 0

PUNTAJE PARCIAL _____

PUNTAJE FACTOR _____

PUNTAJE TOTAL _____

TIEMPO DE EJECUCIÓN: _____

OBSERVACIONES:
