



UNIVERSIDAD DE GRANADA

**Facultad de Psicología
Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento
Psicológico**

**IDEACIÓN SUICIDA EN JÓVENES: FORMULACIÓN Y
VALIDACIÓN DEL MODELO INTEGRADOR EXPLICATIVO EN
ESTUDIANTES DE EDUCACIÓN SECUNDARIA Y SUPERIOR**

**Tesis doctoral realizada por:
Fredy Hernán Villalobos Galvis**

Vo.Bo. Dr. Vicente Caballo Manrique
Director de la tesis

En Granada, a 14 de Abril de 2009

Editor: Editorial de la Universidad de Granada
Autor: Fredy Hernán Villalobos Galvis
D.L.: GR. 2615-2009
ISBN: 978-84-692-3867-7

*A aquellos que decidieron partir antes del tren llegar,
Tal vez cansados de esperar lo incierto,
O desesperados por el bochorno de la estación,
O porque supusieron que volverían.*

*Talvez para alcanzar a los anteriores pasajeros,
Tal vez para no seguir en la espera
O acaso para dejar de estar solos
O a lo mejor para poder estarlo*

*A aquellos que quisieron quedarse
Cuando su nuevo tren ya partía
Y a aquellos que se fueron
Por que no contaron con una mano que los retuviera*

*A aquellos que se fueron
Sin ver las lágrimas y a una mano diciendo adiós
Y solo dejaron en la espalda
Las huellas dolorosas del amor*

*Y también a mis estudiantes
Para que recuerden que la educación
A la par que derecho, es también un privilegio
Que implica el deber de hacer algo más por los demás*

AGRADECIMIENTOS

A los estudiantes que colaboraron con el estudio, por aceptar la invitación a participar.

A los rectores y profesores de los diferentes colegios y universidades participantes, por aportar su tiempo y su apoyo en la realización de esta investigación.

A Vicente Caballo, por su apoyo y confianza en el trabajo, así como por su sentido humano en la amistad.

A Humberto Trujillo, por su “paso de valientes” para asumir el compromiso de la ciencia.

A Catalina González-Forteza, por sus aportes, su amistad y por ser inspiración.

A mi equipo de trabajo: Ana María Moreno, Fátima Sevillano, Mariángela Rosero, Liliana Castro, Fabio Rojas, Javier López, Leidy Castillo, Rudy Cabrera, Analy Domínguez y Elizabeth Flórez; por lanzarse a la aventura con los ojos cerrados, por encontrar las islas perdidas y relatar sus historias, pero ante todo por su amistad.

Este trabajo no hubiese podido ver la luz sin la ayuda de ellos y de muchas personas más que decidieron confiar en que esta idea de investigación podría ser un aporte para un mejor futuro y a quienes por olvido (mas no por falta de gratitud) he omitido.

RECONOCIMIENTOS

A Dios, por ser y por darle sentido a mi existencia

*A Santiago y Jimena, mis principales razones para vivir,
por su amor incondicional a pesar de mis silencios y ausencias,
por su sonrisa y sencillez en los momentos más complejos,
por su compañía y por dejar sus pasos, para caminar conmigo*

*A Bertha y Eudoro, por dar su vida por mi y por creer que la educación
es el bien máspreciado que un padre puede dar*

A mis hermanos y sobrinos, por su amor constante y su confianza infinita

A la familia Eraso Osejo, por ser mi otro hogar

*A la Universidad de Nariño, por apoyar mis estudios
y por permitirme trabajar en lo que más me gusta.*

INDICE

	Pág.
ÍNDICE.....	ix
LISTA DE TABLAS.....	xv
LISTA DE FIGURAS.....	xx
RESUMEN.....	1
ABSTRACT.....	2
INTRODUCCIÓN.....	3
DESARROLLO TEÓRICO.....	6
Definición de suicidio.....	6
Definición del suicidio a través de la historia.....	6
Necesidades y dificultades de la definición del suicidio.....	7
Nomenclatura en suicidología.....	9
El espectro suicida.....	10
Suicidio.....	13
Intento de suicidio o tentativa suicida.....	14
Ideación suicida.....	17
El asunto de la intencionalidad.....	18
Conducta suicida en población joven.....	20
Conducta suicida en la infancia	20
Conducta suicida en la adolescencia.....	22
Conducta suicida en adultos jóvenes.....	25
Conducta suicida y sexo.....	26
Teorías y modelos explicativos del suicidio.....	30
Teorías biológicas.....	30
Teorías sociales y culturales.....	34
Teorías psicológicas.....	38
Conceptos psicoanalíticos del intento de suicidio.....	38

El intento de suicidio como una forma de comunicación interpersonal	40
Intento de suicidio como reacción al dolor psicológico.....	41
Teorías cognitivas de la conducta suicida.....	44
Teorías que asumen a la conducta suicida como un proceso.....	49
Modelos integradores.....	50
Modelo de diátesis - estrés del suicidio.....	50
El modelo de Schotte y Clum.....	51
El modelo procesual del estrés y la conducta suicida.....	52
Variables predictoras del suicidio.....	56
Eventos vitales estresantes.....	56
El proceso de estrés.....	56
Eventos vitales estresantes en jóvenes y adolescentes.....	59
Eventos vitales estresantes y suicidio.....	61
Depresión.....	67
Definición y sintomatología.....	67
Clasificación de los trastornos depresivos.....	69
Depresión y suicidio.....	71
Desesperanza.....	74
Definición.....	74
Desesperanza y suicidio.....	78
Autoestima.....	82
Definición.....	82
Autoestima y salud mental.....	84
Autoestima y suicidio.....	86
Apoyo Social.....	89
Definición.....	89
Apoyo social y salud.....	94
Apoyo social y suicidio.....	97
Solución de Problemas.....	102
Definición.....	102
Solución de problemas sociales y suicidio	106
Razones para vivir.....	111

Inicio y definición de las razones para vivir.....	111
Tipos de razones para vivir.....	114
Razones para vivir y suicidio.....	116
Modelos integradores de variables predictivas de la ideación suicida.....	120
Dos propuestas de modelos predictivos de la ideación suicida para el presente estudio	131
El modelo de Incapacidad-Falta de valía.....	132
El modelo de factores de Riesgo-Protección.....	133
 METODOLOGÍA	135
Objetivos.....	135
Objetivo general.....	135
Objetivos específicos.....	135
Método.....	136
Participantes	136
Procedimiento.....	137
Tipo de estudio.....	139
Diseño.....	139
Instrumentos.....	139
Análisis de datos.....	143
Consideraciones éticas.....	144
 RESULTADOS.....	146
Relaciones entre variables de estudio.....	146
Relaciones entre variables de estudio en la muestra total.....	146
Relaciones entre variables de estudio por sexo.....	147
Relaciones entre variables en los hombres.....	147
Relaciones entre variables en las mujeres	148
Relaciones entre variables de estudio por cada etapa vital.....	149
Relaciones entre variables durante la adolescencia temprana.....	149
Relaciones entre variables durante la adolescencia media.....	150
Relaciones entre variables durante la adolescencia tardía.....	151
Relaciones entre variables durante la edad adulta joven.....	152

Relaciones entre variables de estudio por nivel académico.....	153
Relaciones entre variables durante la educación secundaria.....	153
Relaciones entre variables durante la educación universitaria.....	155
Relaciones predictivas entre las variables de estudio y la ideación suicida.....	156
Relaciones predictivas en la muestra total.....	156
Relaciones predictivas según el sexo.....	157
Hombres.....	157
Mujeres	159
Comparación por sexo.....	160
Relaciones predictivas según la etapa vital.....	161
Adolescencia temprana.....	161
Adolescencia media.....	163
Adolescencia tardía.....	164
Edad adulta joven.....	165
Comparación por etapas vitales.....	166
Relaciones predictivas según el nivel académico.....	168
Educación secundaria.....	168
Educación universitaria.....	169
Comparación por nivel educativo.....	170
Relaciones de mediación y moderación en los modelos predictivos.....	171
Submodelo de Incapacidad.....	172
Muestra total.....	173
Efectos por sexo.....	175
Efectos por etapa vital.....	179
Efectos por nivel educativo.....	186
Ajustes al submodelo de incapacidad luego del análisis de regresión jerárquica.....	188
Submodelo de Falta de valía.....	191
Muestra total.....	191
Efectos por sexo.....	194
Efectos por etapa vital.....	197
Efectos por nivel educativo.....	203
Ajustes al submodelo de Falta de valía luego del análisis de	207

regresión jerárquica.....	
Formulación de ajustes al modelo de Incapacidad e Falta de valía a partir de los resultados del análisis de regresión jerárquica.....	208
Submodelo de Riesgo.....	208
Muestra total.....	209
Efectos por sexo.....	211
Efectos por etapa vital.....	215
Efectos por nivel educativo.....	221
Ajustes al submodelo de Riesgo luego del análisis de regresión jerárquica	224
Submodelo de Protección.....	226
Muestra total.....	226
Efectos por sexo.....	228
Efectos por etapa vital.....	231
Efectos por nivel educativo.....	237
Ajustes al submodelo de Protección luego del análisis de regresión jerárquica.....	240
Formulación de ajustes al modelo de factores de Riesgo y Protección a partir de los resultados del análisis de regresión jerárquica.....	242
Comparación del poder predictivo de los modelos de Incapacidad-Falta de valía vs. factores de Riesgo – Protección.....	243
Evaluación del poder explicativo de los modelos.....	244
Modelo Incapacidad-Falta de valía.....	244
Submodelo de Incapacidad.....	244
Submodelo de Falta de valía.....	253
Modelo integrado.....	260
Modelo de factores de Riesgo – Protección.....	268
Submodelo de Riesgo.....	268
Submodelo de Protección.....	274
Modelo integrado.....	281
Formulación y evaluación del Modelo Integrador Explicativo de la ideación suicida	288
Validez de modelos y submodelos por sexo, etapa vital y nivel educativo.....	295

DISCUSIÓN.....	297
Las relaciones entre las variables de estudio.....	297
El papel de las variables de estudio en la predicción de las ideas suicidas.....	303
Mediación y moderación en los modelos predictivos de la ideación suicida.....	309
A la búsqueda del mejor modelo explicativo de las ideas suicidas.....	313
El Modelo Integrador Explicativo de la ideación suicida.....	314
Relaciones del Modelo Integrador Explicativo de la ideación suicida con otras propuestas teóricas.....	322
Una propuesta complementaria: el modelo reducido.....	326
CONCLUSIONES.....	329
SUGERENCIAS Y RECOMENDACIONES.....	332
REFERENCIAS	336
ANEXOS.....	350
Anexo 1: Cuestionario utilizado en el estudio.....	351
Anexo 2: Formato consentimiento informado para padres de familia.....	361
Anexo 3: Formato consentimiento informado para menores de edad.....	364
Anexo 4: Formato consentimiento informado para estudiantes universitarios.....	367

LISTA DE TABLAS

	Pág.
Tabla 1. Criterios NASH para determinar la forma de muerte (O'Carroll <i>et al.</i> , 1996)	7
Tabla 2. Relaciones de jerarquía en la nomenclatura de pensamientos y conductas autolesivas (O'Carroll <i>et al.</i> , 1996).....	9
Tabla 3. Clasificación de las conductas relacionadas con el suicidio, de acuerdo con intencionalidad, pensamiento instrumental y resultado (O'Carroll <i>et al.</i> 1996).....	11
Tabla 4. Porcentajes del total de suicidios por edad y por sexo (OMS, 2000, p. 204).....	21
Tabla 5. Resumen de los dos componentes de diátesis a la conducta suicida.....	33
Tabla 6. Tipos de suicidio según Durkheim.....	35
Tabla 7. Características demográficas de los grupos que componen la muestra.....	136
Tabla 8. Matriz de correlaciones entre las variables de estudio.....	146
Tabla 9. Matriz de correlaciones entre las variables de estudio en hombres.....	148
Tabla 10. Matriz de correlaciones entre las variables de estudio en mujeres.....	149
Tabla 11. Matriz de correlaciones entre las variables de estudio en adolescencia temprana.....	150
Tabla 12. Matriz de correlaciones entre las variables de estudio en adolescencia Media.....	151
Tabla 13. Matriz de correlaciones entre las variables de estudio en adolescencia Tardía.....	152
Tabla 14. Matriz de correlaciones entre las variables de estudio en edad adulta joven.....	153
Tabla 15. Matriz de correlaciones entre las variables de estudio durante la educación secundaria.....	154
Tabla 16. Matriz de correlaciones entre las variables de estudio en educación universitaria.....	155
Tabla 17. Varianza explicada por los modelos de regresión generados en la muestra total.....	156
Tabla 18. Aporte específico de las variables del modelo a la predicción de las ideas suicidas	157
Tabla 19. Varianza explicada por los modelos de regresión generados en hombres.....	158
Tabla 20. Coeficientes de predicción de la ideación suicida en hombres.....	159
Tabla 21. Varianza explicada por los modelos de regresión generados en mujeres.....	160
Tabla 22. Coeficientes de predicción de la ideación suicida en mujeres.....	160
Tabla 23. Varianza explicada por los modelos de regresión generados durante la adolescencia temprana.....	162
Tabla 24. Coeficientes de predicción de la ideación suicida durante la adolescencia temprana.....	162
Tabla 25. Varianza explicada por los modelos de regresión generados en adolescencia media.....	163
Tabla 26. Coeficientes de predicción de la ideación suicida durante la adolescencia media.....	164
Tabla 27. Varianza explicada por los modelos de regresión generados en adolescencia tardía.....	164
Tabla 28. Coeficientes de predicción de la ideación suicida durante la adolescencia tardía.....	165
Tabla 29. Varianza explicada por los modelos de regresión generados durante la edad adulta joven.....	166
Tabla 30. Coeficientes de predicción de la ideación suicida en adultos jóvenes.....	167
Tabla 31. Cuadro comparativo del orden de las variables predictivas en las diferentes etapas vitales.....	167
Tabla 32. Varianza explicada por los modelos de regresión generados en estudiantes de	168

secundaria	
Tabla 33. Coeficientes de predicción de la ideación suicida en básica secundaria.....	169
Tabla 34. Varianza explicada por los modelos de regresión generados en universitarios.....	170
Tabla 35. Coeficientes de predicción de la ideación suicida en estudiantes universitarios.....	171
Tabla 36. Cambios en varianza explicada con la inclusión de predictores del modelo de esquema de incapacidad.....	173
Tabla 37. Cambios en la significancia de los predictores con su inclusión en el submodelo de incapacidad	174
Tabla 38. Cambios en varianza explicada con la inclusión de predictores del submodelo de incapacidad en hombres.....	175
Tabla 39. Cambios en la significancia de los predictores con su inclusión en el submodelo de incapacidad en hombres.....	176
Tabla 40. Cambios en varianza explicada con la inclusión de predictores del modelo de esquema de incapacidad en mujeres.....	177
Tabla 41. Cambios en la significancia de los predictores con su inclusión en el submodelo de incapacidad en mujeres.....	178
Tabla 42. Cambios en varianza explicada con la inclusión de predictores del modelo de esquema de incapacidad en adolescencia temprana.....	179
Tabla 43. Cambios en la significancia de los predictores con su inclusión en el submodelo de incapacidad en adolescencia temprana.....	180
Tabla 44. Cambios en varianza explicada con la inclusión de predictores del modelo de esquema de incapacidad en adolescencia media.....	181
Tabla 45. Cambios en la significancia de los predictores con su inclusión en el submodelo de incapacidad en adolescencia media.....	182
Tabla 46. Cambios en varianza explicada con la inclusión de predictores del modelo de esquema de incapacidad en adolescencia tardía.....	183
Tabla 47. Cambios en la significancia de los predictores con su inclusión en el submodelo de incapacidad en adolescencia tardía.....	184
Tabla 48. Cambios en varianza explicada con la inclusión de predictores del modelo de esquema de incapacidad en adultos jóvenes.....	184
Tabla 49. Cambios en la significancia de los predictores con su inclusión en el submodelo de incapacidad en adultos jóvenes.....	185
Tabla 50. Cambios en varianza explicada con la inclusión de predictores del modelo de esquema de incapacidad en estudiantes de secundaria.....	186
Tabla 51. Cambios en la significancia de los predictores con su inclusión en el submodelo de incapacidad en la educación secundaria.....	187
Tabla 52. Cambios en varianza explicada con la inclusión de predictores del modelo de esquema de incapacidad en estudiantes universitarios.....	188
Tabla 53. Cambios en la significancia de los predictores con su inclusión en el submodelo de incapacidad en estudiantes universitarios.....	189
Tabla 54. Cambios en varianza explicada con la inclusión de predictores del submodelo de Falta de valía.....	192
Tabla 55. Cambios en la significancia de los predictores con su inclusión en el submodelo de Falta de valía.....	193
Tabla 56. Cambios en varianza explicada con la inclusión de predictores del modelo de esquema de Falta de valía en hombres.....	194
Tabla 57. Cambios en la significancia de los predictores con su inclusión en el submodelo de Falta de valía en hombres.....	195
Tabla 58. Cambios en varianza explicada con la inclusión de predictores del modelo de esquema de Falta de valía en mujeres.....	196
Tabla 59. Cambios en la significancia de los predictores con su inclusión en el submodelo de Falta de valía en mujeres.....	197

Tabla 60. Cambios en varianza explicada con la inclusión de predictores del modelo de esquema de Falta de valía en adolescencia temprana.....	198
Tabla 61. Cambios en la significancia de los predictores con su inclusión en el submodelo de Falta de valía en adolescencia temprana.....	198
Tabla 62. Cambios en varianza explicada con la inclusión de predictores del modelo de esquema de Falta de valía en adolescencia media.....	199
Tabla 63. Cambios en la significancia de los predictores con su inclusión en el submodelo de Falta de valía en adolescencia media.....	200
Tabla 64. Cambios en varianza explicada con la inclusión de predictores del modelo de esquema de Falta de valía en adolescencia tardía.....	201
Tabla 65. Cambios en la significancia de los predictores con su inclusión en el submodelo de Falta de valía en adolescencia tardía.....	201
Tabla 66. Cambios en varianza explicada con la inclusión de predictores del modelo de esquema de Falta de valía en adultos jóvenes.....	202
Tabla 67. Cambios en la significancia de los predictores con su inclusión en el submodelo de Falta de valía en adultos jóvenes.....	203
Tabla 68. Cambios en varianza explicada con la inclusión de predictores del modelo de esquema de Falta de valía en estudiantes de secundaria.....	204
Tabla 69. Cambios en la significancia de los predictores con su inclusión en el submodelo de Falta de valía en la educación secundaria.....	204
Tabla 70. Cambios en varianza explicada con la inclusión de predictores del modelo de esquema de Falta de valía en estudiantes universitarios.....	205
Tabla 71. Cambios en la significancia de los predictores con su inclusión en el submodelo de Falta de valía en estudiantes universitarios.....	207
Tabla 72. Cambios en varianza explicada con la inclusión de predictores del modelo de esquema de Riesgo.....	210
Tabla 73. Cambios en la significancia de los predictores con su inclusión en el submodelo de Riesgo.....	211
Tabla 74. Cambios en varianza explicada con la inclusión de predictores del submodelo de Riesgo en hombres.....	212
Tabla 75. Cambios en la significancia de los predictores con su inclusión en el submodelo de Riesgo en hombres.....	212
Tabla 76. Cambios en varianza explicada con la inclusión de predictores del modelo de esquema de Riesgo en mujeres.....	214
Tabla 77. Cambios en la significancia de los predictores con su inclusión en el submodelo de Riesgo en mujeres.....	214
Tabla 78. Cambios en varianza explicada con la inclusión de predictores del modelo de esquema de Riesgo en adolescencia temprana.....	215
Tabla 79. Cambios en la significancia de los predictores con su inclusión en el submodelo de Riesgo en adolescencia temprana.....	216
Tabla 80. Cambios en varianza explicada con la inclusión de predictores del modelo de esquema de Riesgo en adolescencia media.....	216
Tabla 81. Cambios en la significancia de los predictores con su inclusión en el submodelo de Riesgo en adolescencia media.....	217
Tabla 82. Cambios en varianza explicada con la inclusión de predictores del modelo de esquema de Riesgo en adolescencia tardía.....	218
Tabla 83. Cambios en la significancia de los predictores con su inclusión en el submodelo de Riesgo en adolescencia tardía.....	219
Tabla 84. Cambios en varianza explicada con la inclusión de predictores del modelo de Riesgo en adultos jóvenes.....	219
Tabla 85. Cambios en la significancia de los predictores con su inclusión en el submodelo de Riesgo en adultos jóvenes.....	220
Tabla 86. Cambios en varianza explicada con la inclusión de predictores del modelo de esquema de Riesgo en estudiantes de secundaria.....	221

Tabla 87. Cambios en la significancia de los predictores con su inclusión en el submodelo de Riesgo en la educación secundaria.....	222
Tabla 88. Cambios en varianza explicada con la inclusión de predictores del modelo de esquema de Riesgo en la educación secundaria.....	222
Tabla 89. Cambios en la significancia de los predictores con su inclusión en el submodelo de Riesgo en estudiantes universitarios.....	223
Tabla 90. Cambios en varianza explicada con la inclusión de predictores del submodelo de Protección.....	227
Tabla 91. Cambios en la significancia de los predictores con su inclusión en el submodelo de Protección.....	228
Tabla 92. Cambios en varianza explicada con la inclusión de predictores del submodelo de Protección en hombres.....	229
Tabla 93. Cambios en la significancia de los predictores con su inclusión en el submodelo de Protección en hombres.....	230
Tabla 94. Cambios en varianza explicada con la inclusión de predictores del modelo de esquema de Protección en mujeres.....	230
Tabla 95. Cambios en la significancia de los predictores con su inclusión en el submodelo de Protección en mujeres.....	232
Tabla 96. Cambios en varianza explicada con la inclusión de predictores del submodelo de Protección en adolescencia temprana.....	232
Tabla 97. Cambios en la significancia de los predictores con su inclusión en el submodelo de Protección en adolescencia temprana.....	233
Tabla 98. Cambios en varianza explicada con la inclusión de predictores del submodelo de Protección en adolescencia media.....	234
Tabla 99. Cambios en la significancia de los predictores con su inclusión en el submodelo de Protección en adolescencia media.....	235
Tabla 100. Cambios en varianza explicada con la inclusión de predictores del submodelo de Protección en adolescencia tardía.....	235
Tabla 101. Cambios en la significancia de los predictores con su inclusión en el submodelo de Protección en adolescencia tardía.....	236
Tabla 102. Cambios en varianza explicada con la inclusión de predictores del submodelo de Protección en adultos jóvenes.....	237
Tabla 103. Cambios en la significancia de los predictores con su inclusión en el submodelo de Protección en adultos jóvenes.....	238
Tabla 104. Cambios en varianza explicada con la inclusión de predictores del submodelo de Protección en estudiantes de secundaria.....	239
Tabla 105. Cambios en la significancia de los predictores con su inclusión en el submodelo de Protección en la educación secundaria.....	240
Tabla 106. Cambios en varianza explicada con la inclusión de predictores del submodelo de Protección en estudiantes universitarios.....	240
Tabla 107. Cambios en la significancia de los predictores con su inclusión en el submodelo de Protección en estudiantes universitarios.....	241
Tabla 108. Comparación de estadísticas de ajuste de los modelos de predicción de las ideas suicidas.....	244
Tabla 109. Índices de ajuste del submodelo de incapacidad inicial.....	246
Tabla 110. Índices de ajuste del modelo de incapacidad reformulado a partir del análisis de regresión jerárquica.....	250
Tabla 111. Índices de ajuste del modelo de incapacidad desarrollado por análisis de trayectorias.....	252
Tabla 112. Índices de ajuste del modelo de Falta de valía, inicial.....	255
Tabla 113. Índices de ajuste del modelo de Falta de valía reformulado a partir del análisis de regresión jerárquica.....	257
Tabla 114. Índices de ajuste del modelo de Falta de valía desarrollado por análisis de trayectorias.....	259

Tabla 115. Indices de ajuste del modelo de incapacidad-Falta de valía inicial.....	262
Tabla 116. Indices de ajuste del modelo de incapacidad-Falta de valía reformulado a partir del análisis de regresión jerárquica.....	265
Tabla 117. Indices de ajuste del modelo de incapacidad-Falta de valía desarrollado por análisis de trayectorias.....	267
Tabla 118. Indices de ajuste del submodelo de Factores de Riesgo inicial.....	270
Tabla 119. Indices de ajuste del submodelo de Factores de Riesgo reformulado a partir del análisis de regresión jerárquica.....	272
Tabla 120. Indices de ajuste del submodelo de Factores de Riesgo desarrollado por análisis de trayectorias.....	275
Tabla 121. Indices de ajuste del submodelo de Factores de Protección inicial.....	277
Tabla 122. Indices de ajuste del submodelo de Factores de Protección reformulado a partir del análisis de regresión jerárquica.....	280
Tabla 123. Indices de ajuste del modelo de Factores de Riesgo – Protección inicial.....	283
Tabla 124. Indices de ajuste del modelo de Factores de Riesgo – Protección reformulado a partir del análisis de regresión jerárquica.....	285
Tabla 125. Indices de ajuste del modelo de Factores de Riesgo – Protección desarrollado por análisis de trayectorias.....	287
Tabla 126. Indices de ajuste del Modelo Integrador Explicativo de la Ideación Suicida.....	291
Tabla 127. Indices de ajuste del Modelo Reducido.....	294

LISTA DE FIGURAS

	Pág.
Figura 1. Modelo procesual del estrés aplicado a la conducta suicida (Villalobos-Galvis, 2007).....	53
Figura 2. Modelo predictivo de la ideación suicida según Konick y Gutierrez (2005)	121
Figura 3. Modelo predictivo de la ideación suicida según Sun <i>et al.</i> (2006)	122
Figura 4. Modelo del estrés familiar en la predicción de la ideación suicida (Yoder y Hoyt, 2005).....	123
Figura 5. Modelo de estrés-solución de problemas y estrés-apoyo social en la predicción de la ideación suicida (Yang y Clum, 1994)	126
Figura 6. Modelo predictivo de la ideación suicida según Lieberman <i>et al.</i> (2005).....	127
Figura 7. Modelo de trayectorias en la predicción de las conductas suicidas (Wang <i>et al.</i> , 2007)	129
Figura 8. Modelo ajustado del riesgo suicida según Metha <i>et al.</i> (1998)	129
Figura 9. Modelo psicológico integrador del intento de suicidio Dieserud, <i>et al.</i> (2001).....	131
Figura 10. Modelo de Incapacidad – Falta de Valía.....	132
Figura 11. Modelo de factores de Riesgo - Protección.....	134
Figura 12. Esquema de organización del muestreo.....	138
Figura 13. Relaciones del Submodelo de incapacidad.....	173
Figura 14. Relaciones entre las variables del submodelo de incapacidad, luego del análisis de regresión jerárquica.	191
Figura 15. Relaciones del Submodelo de Falta de valía.....	192
Figura 16. Relaciones entre las variables del submodelo de Falta de valía, luego del análisis de regresión jerárquica.....	208
Figura 17. Modelo de Incapacidad-Falta de valía luego de la regresión jerárquica.....	209
Figura 18. Relaciones del Submodelo de factores de riesgo.....	209
Figura 19. Relaciones en el submodelo de riesgo, luego del análisis de regresión jerárquica.....	225
Figura 20. Relaciones del Submodelo de factores de protección.....	226
Figura 21. Relaciones en el modelo de protección, luego del análisis de regresión jerárquica.....	242
Figura 22. Modelo de Incapacidad-Falta de valía luego de la regresión jerárquica.....	243
Figura 23. Relaciones significativas en el submodelo de Incapacidad, versión inicial.....	245
Figura 24. Relaciones significativas en el submodelo de incapacidad, luego del análisis de regresión jerárquica.....	248
Figura 25. Relaciones significativas en el submodelo de incapacidad, desarrollado por análisis de trayectorias.....	249
Figura 26. Relaciones significativas en el submodelo de Falta de valía, versión inicial.....	253
Figura 27. Relaciones significativas en el submodelo de Falta de valía, luego del análisis de regresión jerárquica.....	256
Figura 28. Relaciones significativas en el submodelo de Falta de valía, luego del análisis de trayectorias.....	258
Figura 29. Relaciones significativas en el modelo de incapacidad-falta de valía, versión inicial.....	261
Figura 30. Relaciones significativas en el modelo de incapacidad-falta de valía, luego del análisis de regresión jerárquica.....	263
Figura 31. Relaciones del modelo de incapacidad-falta de valía, luego de la exploración con el análisis de trayectorias.....	266

Figura 32. Relaciones significativas en el submodelo de riesgo, versión inicial.....	269
Figura 33. Relaciones significativas en el submodelo de riesgo, luego del análisis de regresión jerárquica.....	274
Figura 34. Relaciones significativas en el submodelo de riesgo, luego del análisis de regresión jerárquica	274
Figura 35. Relaciones significativas en el submodelo de protección, versión inicial.....	276
Figura 36. Relaciones significativas en el submodelo de protección, luego del análisis de regresión jerárquica.....	278
Figura 37. Relaciones significativas en el modelo integrado de factores de riesgo y protección, versión inicial.....	281
Figura 38. Relaciones significativas en el modelo integrado de factores de riesgo y protección, luego del análisis de regresión jerárquica.....	284
Figura 39. Relaciones significativas en el modelo integrado de factores de riesgo y protección, desarrollado a partir de análisis de trayectorias.....	288
Figura 40. Modelo integrador explicativo de la ideación suicida.	289
Figura 41. Modelo reducido de la ideación suicida, desarrollado a partir del análisis de trayectorias.....	293

***IDEACIÓN SUICIDA EN JÓVENES: FORMULACIÓN Y VALIDACIÓN DEL
MODELO INTEGRADOR EXPLICATIVO EN ESTUDIANTES DE EDUCACIÓN
SECUNDARIA Y SUPERIOR***

RESUMEN

Con el objeto de determinar la validez de modelos predictivos de la Ideación Suicida, compuestos por depresión, desesperanza, eventos vitales estresantes, solución de problemas, autoestima, apoyo social y razones para vivir, se llevó a cabo un estudio exploratorio en 1210 estudiantes de colegios y universidades de la ciudad de San Juan de Pasto - Colombia, de acuerdo con sexo, etapa evolutiva y nivel académico. Los resultados permitieron establecer que existen relaciones altamente significativas entre todas las variables del estudio en la muestra total y a través de los diferentes grupos de la misma. De igual manera, se determinó que todas las variables predictivas tienen un aporte significativo a la predicción de las ideas suicidas. También se formularon esquemas de relaciones de mediación y moderación que expresaban el sentido de los modelos de Incapacidad-Falta de valía y de Factores de Riesgo-Protección, los cuales fueron evaluados, demostrándose que la mayoría de las relaciones propuestas no tenían significancia estadística. Ante este hecho y apoyados por los resultados del análisis de trayectorias, se formuló el Modelo Integrador Explicativo de la Ideación Suicida, el cual implicó una redefinición de las relaciones entre variables y alcanzó un mejor ajuste de los datos a través de los diferentes grupos poblacionales. Este modelo formula una serie trayectorias desde las variables de riesgo hacia la ideación suicida, las cuales son afectadas por las variables de protección. Finalmente, se propone un modelo Reducido que es una variación del modelo de estrés – diátesis - desesperanza, el cual mejora los niveles de ajuste en los grupos de adolescencia temprana y media.

Palabras Clave: Suicidio, ideas suicidas, modelos, factores de riesgo, factores protectores, adolescentes, adultos jóvenes, estudiantes, Colombia.

***SUICIDAL IDEATION IN YOUNG PEOPLE: DEVELOPMENT AND
VALIDATION OF THE EXPLICATIVE INTEGRATIVE MODEL IN STUDENTS
OF HIGH SCHOOL AND UNIVERSITY***

ABSTRACT

With the aim of determine the reliability of predictive models of the Suicidal Ideation, which are composed by depression, hopelessness, stressful life events, problem solving, self esteem, social support and reasons for living, an exploratory study was made with 1210 students of high schools and universities of San Juan de Pasto – Colombia, according to gender, development stage and education level. The reached results allow establishing that it exists relationships between all the study variables in the total sample and in the different subgroups of that. Additionally, all the predictive variables have a significant contribution to the prediction of the suicidal ideation. Also two models were proposed; these were the Incapability – Unworthiness model, and the Risk-Protection factors model. The mediation and moderation relationships of these models were tested. It was demonstrated that any models of relationships had not statistic significance. For this reason, and based on the path analysis results, it was proposed the Explicative Integrative Model of the suicidal ideation which implied a redefinition of the relationships between the variables and it reached a better fit of the empirical data across the subgroups. That model proposes a group of trajectories from the risk variables to suicidal ideation, which are affected by the protection variables. Finally, it was proposed a reduced model, which is a variation of the Diathesis- Stress- Hopelessness model, improving the fitness of the data in early and mild adolescence subgroups.

Keywords: Suicide, Suicidal Ideation, Model, Risk factors, Protective factors, Adolescents, Young Adults, Students, Colombia.

INTRODUCCIÓN

El objetivo del presente trabajo fue determinar la validez de modelos predictivos de la Ideación Suicida, compuestos por depresión, desesperanza, eventos vitales estresantes, solución de problemas, autoestima, apoyo social y razones para vivir, en estudiantes de colegios y universidades de la ciudad de San Juan de Pasto - Colombia, de acuerdo con sexo, etapa evolutiva y nivel académico.

El desarrollo teórico parte de la definición del suicidio, para lo cual se tienen en cuenta unos breves elementos históricos. Luego se exponen las dificultades que implica la definición de tal fenómeno y los esfuerzos que se han hecho para superarlas, a partir de los cuales, se presentan los términos y conceptos relacionados con la conducta suicida, a saber: el suicidio, el intento de suicidio y las ideas suicidas, para luego comentar acerca de la importancia del tema de la intención en la definición psicológica de todas ellas. Finalmente, se consideran las diferencias y similitudes que existen en cuanto a la manifestación y los factores de riesgo para las conductas suicidas, de acuerdo con la etapa vital y el sexo.

La segunda parte del desarrollo teórico se centra en la presentación de algunas de las teorías y modelos explicativos del suicidio. Se presentan inicialmente las explicaciones biológicas más recientemente publicadas, en las cuales se asume y desarrolla el carácter de diátesis que tienen las conductas suicidas. Posteriormente se exponen algunas teorías sociales y culturales en las cuales se toma en consideración el papel de la integración social, de las normas y valores y de las actitudes hacia el suicidio. Finalmente se esbozan algunos de los postulados teóricos más importantes que se han formulado desde la Psicología, incluyendo los modelos psicoanalíticos, humanistas, cognitivos y procesuales del suicidio. Esta parte concluye con la presentación de modelos teóricamente desarrollados y empíricamente evaluados, en los cuales se integran diferentes variables para la explicación del origen de las conductas suicidas.

En la tercera parte del desarrollo teórico, para cada una de las variables predictoras consideradas en el estudio, se presentan elementos para su definición, así

como se hace una presentación de la evidencia empírica que sustenta su valor predictivo de las conductas suicidas, en general, y de las ideas de suicidio, en particular. Se inicia por las tres variables de riesgo: eventos vitales estresantes, depresión y desesperanza; y se continúa con las variables de protección: autoestima, apoyo social, solución de problemas y razones para vivir. Para concluir con esta parte, se presentan estudios empíricos en los cuales se ha hecho uso de modelos multivariados (regresión múltiple, análisis de trayectorias, ecuaciones estructurales) en el análisis de las relaciones predictivas entre las variables propuestas y las conductas suicidas (en especial, de la ideación suicida).

En la última parte de los elementos teóricos, se formulan los dos modelos generales propuestos para esta investigación, a saber: el modelo de incompetencia – falta de valía y el modelo de factores de riesgo y protección, describiendo sus características principales.

Posterior a la presentación de los elementos teóricos, el lector encontrará los elementos metodológicos del estudio, en los cuales se hará explícito el tipo de investigación, la muestra y el muestreo utilizados, los instrumentos de evaluación, el análisis de datos que se realizó y los aspectos éticos del estudio.

En un tercer momento se presentan los resultados de la investigación, los cuales corresponden a cada uno de los objetivos específicos de la investigación, a saber: a) la identificación de las relaciones existentes entre las variables incluidas en los modelos, b) la especificación de las variables que permiten la predicción de la ideación suicida, c) el establecimiento de la existencia de relaciones de moderación o de mediación entre las variables predictoras de la ideación suicida, d) la estimación del nivel de predicción y de ajuste de datos que ofrecen los modelos planteados; y e) la formulación y validación del Modelo Integrador Explicativo de la Ideación Suicida.

En este punto es necesario hacer un comentario aclaratorio. Típicamente en los trabajos de doctorado se presentan los resultados finales del proceso, desconociendo la historia y el devenir que tiene la consolidación de una idea de investigación. El proceso vivido a lo largo de este trabajo de investigación se ha presentado partiendo de

elementos tan simples como la correlación, para luego adentrarse en la predicción, en las relaciones de mediación y moderación, y finalmente concluir en el análisis de las relaciones causales. Así, a cada paso, el análisis se va haciendo más complejo y afinado de tal manera que condujese a la identificación de un modelo, teóricamente coherente y empíricamente válido, mostrando con ello también los desaciertos y las limitaciones que implica la búsqueda del conocimiento científico.

Posterior a la presentación de los resultados, éstos son discutidos, a la luz de la literatura científica consultada en el trabajo y presentada en el desarrollo teórico. La estructura de esta parte del documento también sigue la lógica de los objetivos específicos; es decir, se inicia con el análisis de las relaciones entre las variables de estudio, para luego discutir el papel predictivo que de la ideación suicida tienen los demás constructos. También se tienen en cuenta las investigaciones que apoyan o debaten las relaciones de mediación y moderación halladas entre las variables, para luego demostrar la necesidad de una nueva formulación teórica ante el fracaso explicativo de los modelos inicialmente propuestos. En virtud de ello, se comentan las características del Modelo Integrador Explicativo de la Ideación Suicida, así como se presentan los hallazgos y las formulaciones que apoyan su coherencia y pertinencia.

Finalmente, se presentan las conclusiones generales del estudio, así como se formulan sugerencias y recomendaciones a ser consideradas en futuras investigaciones relacionadas con las ideas suicidas.

DESARROLLO TEÓRICO

Definición de suicidio

*Por la blanda arena
Que lame el mar
Su pequeña huella
No vuelve más
Un sendero solo
De pena y silencio llegó
Hasta el agua profunda
Un sendero solo
De penas mudas llegó
Hasta la espuma.*

ALFONSINA Y EL MAR (A. RAMÍREZ/F. LUNA)

Definición del suicidio a través de la historia

El suicidio ha sido tema de estudio científico desde hace varios años, y la palabra como tal al parecer fue inicialmente utilizada por Sir Thomas Browne, en el año 1642, en el libro *Religio Medici*, reflejando el interés de distinguir entre el homicidio (de uno mismo) y el matar a otro. Sin embargo, es hasta el siglo XIX cuando se la aceptó dentro de las investigaciones realizadas principalmente por psiquiatras (Sarró y de la Cruz, 1991).

El término Suicidio apareció por primera vez en el diccionario de la Real Academia Española de la Lengua hacia 1817, definiéndose a partir de los términos latinos *Sui* (de sí mismo) y *Cadere* (matar), definiéndose como “el acto o la conducta que daña o destruye al propio agente”.

El fundador de la doctrina psiquiátrica, Esquirol en 1838, hace referencia a la reacción suicida como un síntoma psicópata que 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 (Morón, 1992). Ya en la moderna psiquiatría, Soubrier (citado por Clemente y González, 1996) cree que “el fenómeno suicida parece

más bien una patología de la desesperanza, sea cual sea el medio, la cultura o el entorno” (p. 24).

Necesidades y dificultades de la definición del suicidio

A pesar de que desde hace muchos años, diversas disciplinas, profesiones y científicos se han dedicado a pensar y escribir sobre el suicidio, así como a investigar diferentes factores asociados a él, hasta la fecha no existe una nomenclatura científica generalmente aceptada para referirse a las conductas relacionadas con el suicidio (Maris, 2002).

Diferentes instituciones han planteado la necesidad de un “lenguaje universal”, que permita unificar los conceptos en torno a las conductas suicidas. En este sentido, el Centro para el Control de Enfermedades (CDC) fomentó y avaló el sistema de clasificación NASH (muerte Natural, Accidental, Suicidio, Homicidio). En la tabla 1 se presenta cómo los mecanismos de muerte (enfermedad vs. lesión), la intencionalidad y la fuente del acto intencional (sí mismo – otros) se combinan para definir las cuatro maneras de morir.

Tabla 1. Criterios NASH para determinar la forma de muerte (O`Carroll et al., 1996)

Manera	¿Debido a heridas, envenenamiento o sofocación?	¿Inflingido Intencionalmente? / ¿Por quién?
Causas naturales	NO	-
Accidentes	SI	NO
Suicidio	SI	SI / SI MISMO
Homicidio	SI	SI / OTROS

De acuerdo con esta clasificación, el suicidio completo fue definido como la muerte producida por heridas, envenenamiento o sofocación, donde hay evidencia explícita o implícita de que el daño fue autoinflingido y que el occiso intentaba matarse a sí mismo. Ello implica entonces que la definición se basa en tres aspectos: (a) muerte como resultado de cualquier daño que es (b) provocado por la misma víctima y (c) intencionadamente inflingido.

Este último aspecto, el de la intención, es uno de los de más difícil consenso, hasta el punto que se distinguen dos grandes corrientes frente al tema: La americana y la europea. Mientras los investigadores norteamericanos consideran que lo fundamental para distinguir las conductas suicidas es reconocer la intencionalidad del acto en sí, los europeos se centran en la conducta auto lesiva, independiente de su intencionalidad (Buendía, Riquelme y Ruiz, 2004).

Así; mientras para la primera escuela lo que diferencia al suicidio es la intención que el individuo tenga de acabar con su propia vida, primando la funcionalidad de la conducta; la segunda escuela considera que éste es un aspecto de difícil evaluación, pues o bien la víctima ha muerto, o bien se encuentra en un estado emocional tal que le es difícil determinar o aceptar si estaba buscando o no su propia muerte. En ese mismo sentido, la intención no podría ser usada como un criterio, dado que el motivo de la persona puede ser demasiado incierto o muy complejo, como para llegar a identificarlo con certeza y en la totalidad de los casos (Diekstra y Garnefski, 1995).

No obstante, si se considera esta segunda posición, perfectamente podrían ser considerados similares los casos de alguien que decide suicidarse y algo falla o alguien se lo impide, frente al caso de la persona que desea llamar la atención y realiza una conducta auto lesiva pero asegurándose que dicha conducta no le causará la muerte.

Ahora bien, se puede distinguir también que la posición de la escuela europea es formulada desde una visión más epidemiológica, en donde lo fundamental es la certeza de la definición para garantizar la confiabilidad de los registros epidemiológicos de la Organización Mundial de la Salud; mientras que la visión de la escuela norteamericana atiende más al sentido y significado que para la víctima misma tiene su conducta auto lesiva. Por esta razón, en este trabajo se asumirá la visión propia de esta escuela, pues atiende más al sentido psicológico de este trabajo.

Nomenclatura en suicidología

Tomando en cuenta la necesidad de conceptos y definiciones comunes, O'Carroll *et al.* (1996) hacen una propuesta de nomenclatura, que parte de lo que ellos definen como pensamientos y conductas autolesivos, dentro de las cuales se hallarían los pensamientos y conductas relacionadas con el suicidio (ver tabla 2).

Como se puede observar, esta propuesta facilita la organización de las conductas que pueden generar algún riesgo para la misma persona que las lleva a cabo. Su estructura permite distinguir las conductas de riesgo de los actos suicidas y, dentro de estos, las acciones con intencionalidad auto lítica, diferenciadas de aquellas conductas relacionadas con el suicidio de uso instrumental.

Tabla 2. Relaciones de jerarquía en la nomenclatura de pensamientos y conductas autolesivos (O'Carroll et al., 1996)

I.	Pensamientos y conductas de riesgo
	a. Riesgo inmediato (p.ej., deportes de riesgo)
	b. Riesgo remoto (p.ej., fumar, promiscuidad)
II.	Pensamientos y conductas relacionadas con el suicidio
	a. Ideación suicida
	i. Casual
	ii. Seria: (1) persistente, (2) transitoria
	b. Conductas relacionadas con el suicidio
	i. Conducta Instrumental
	1. Amenaza suicida
	a. Pasiva (p.ej., sentarse en un levadizo)
	b. Activa (p.ej., verbal, nota)
	2. Otra conducta instrumental
	3. Muerte accidental asociada a conducta instrumental
	ii. Acto Suicida
	1. Intento suicida
	a. Sin lesión
	b. Con lesiones
	2. Suicidio completo

Es importante resaltar aquí que lo que O'Carroll et al (1996) denominan pensamientos y conductas relacionadas con el suicidio, corresponderían a lo que la OMS define como *acto suicida*: “acción mediante la cual el sujeto se causa una lesión independientemente de su intención y del conocimiento de sus motivos” (OMS, 1969). No obstante, es claro que esta clasificación encuentra su punto de separación en el problema de la intencionalidad de la conducta.

Desde la propuesta de O'Carroll *et al.* (1995), la clasificación de los pensamientos y las conductas autolesivas, se puede llevar a cabo, si se consideran tres dimensiones definitorias: Intencionalidad (intención conciente de terminar su propia vida por medio de la conducta suicida), el pensamiento instrumental y el resultado de la conducta (ver tabla 3).

Desafortunadamente esta clasificación no da cuenta de los casos considerados como desgaste suicida, erosión suicida o conducta auto despreciativa o auto negligente, en virtud de la cual la persona rechaza la ingesta de un medicamento vital o entra en huelga de hambre, que a juicio de otros autores (De Wilde, Kienhorst y Diekstra, 1993; Diekstra y Garnefski, 1995) también serían suicidios.

El espectro suicida

Diferentes autores plantean que el surgimiento de las conductas y pensamientos relacionados no es un hecho aleatorio o automático, sino que por el contrario, es el resultado de un proceso que varía de menor a mayor gravedad, implicando: ideación suicida, gestos suicidas, estilos de vida riesgosos, planes suicidas, tentativas suicidas y suicidio (Maris, 2002), lo que tradicionalmente se ha denominado el Espectro Suicida.

En esta misma línea, Petersen *et al.* (1993, citado por Diekstra y Garnefski, 1995) sugieren que existe un gradiente de gravedad que está implicado desde el ánimo deprimido, a través de la ideación suicida, el intento de suicidio, hasta el suicidio. Por ejemplo, Van Heeringen, Hawton y Williams (citados por Chopin, Kerkhof y Arensman, 2004) consideran que el intento de suicidio y el suicidio son partes de un continuum de conductas autodestructivas. Para ellos, cualquier acto suicida es precedido por un proceso que puede iniciar con fugaces pensamientos suicidas, progresa hacia planes más concretos y luego a intentos de suicidio (los cuales son recurrentes y tienden a ser cada vez más peligrosos con el tiempo) y finalmente al suicidio. En cada vía hacia el suicidio hay un umbral antes del cual el proceso suicida es inobservable.

Tabla 3. Clasificación de las conductas relacionadas con el suicidio, de acuerdo con intencionalidad, pensamiento instrumental y resultado (O'Carroll et al. 1996)

Términos para las conductas relacionadas con el suicidio	Intencionalidad	Pensamiento instrumental	Resultado	
			Sin lesiones	Lesiones no fatales
Conducta Instrumental				
Con lesiones	NO	SI		✓
Sin lesiones	NO	SI	✓	
Con resultado fatal (a)	NO	SI		✓
Actos Suicidas				
Intento de suicidio con lesiones (b)	SI	+/-		✓
Intento de suicidio sin lesiones (b)	SI	+/-	✓	
Suicidio Completo	SI	+/-		✓

Notas:

- a) Nótese que un resultado fatal de la conducta instrumental es propiamente considerado como una muerte accidental, ya que por definición no hay intención de morir.
- b) Estas conductas corresponderían al concepto europeo de Parasuicidio.

De Wilde, Kienhorst y Diekstra (2002) reportan evidencia de patrones de desarrollo que secuencial y jerárquicamente, vinculan la ideación suicida, con la tentativa de suicidio y el suicidio, pues los pensamientos generalmente preceden a los otros actos suicidas. Sin embargo, estos mismos autores consideran que existe también la posibilidad de que en algunas personas la conducta suicida haya surgido de un modo no jerárquico, lo que explicaría la inconsistencia de hallazgos a favor y en contra de este supuesto proceso de evolución de los actos suicidas.

Algunos autores consideran que intento y suicidio son fenómenos que se originan de una misma situación: el intenso sufrimiento por la inadaptación al entorno y la incapacidad para ver otra solución alternativa (Mingote, Jiménez-Arriero, Osorio-Suárez y Palomo, 2004).

A continuación se presentan las definiciones de cada uno de los actos suicidas.

Suicidio

También se le denomina suicidio consumado o completo (“*completed suicide*”) y hace referencia a la muerte que se da como consecuencia de un acto suicida (OMS, 1969). En esta definición, la OMS le asigna importancia al resultado (la muerte) y al agente causal (el propio sujeto), pero explícitamente desecha el asunto de la intencionalidad como parte de la definición de los actos suicidas y, por ende, del suicidio.

Desde otra postura, O’Carroll *et al.* (1996) lo definen como “la muerte debida a lesiones, envenenamiento o sofocación, donde hay evidencia (explícita o implícita) de que la lesión fue auto-inflingida y que la intención del occiso era matarse” (p. 246-247).

Para Durkheim (1897/1989) el suicidio se refiere a la muerte que se produce como resultado directo o indirecto de un acto positivo o negativo, llevado a cabo por la víctima, sabiendo o creyendo que el acto producirá este resultado.

Siguiendo con esta línea, De Leo *et al.* (2004) retoma la definición del proyecto Estudio Multicentro de Conducta Suicida - WHO/EURO acerca del suicidio: “Es un acto con un resultado fatal, en el cual el occiso, conociendo o esperando un resultado fatal, lo había iniciado o llevado a cabo con el propósito de provocar el cambio deseado” (p. 26).

En resumen, se puede afirmar que se habla de suicidio cuando: a) hubo una muerte, b) esta muerte se dio por el individuo que quería morir, c) la muerte fue intencional y d) hubo un agente pasivo o activo (omisión o comisión de un acto) que degeneró en la muerte (Maris, 2002).

Intento de suicidio o tentativa suicida

Como ya se mencionó, ésta es una de las definiciones en las cuales no se ha podido llegar a acuerdos.

Así, el mismo Durkheim (1897/1989) consideraba que el intento de suicidio era el acto suicida en sí, que había sido detenido por otra persona, razón por la cual no había tenido como resultado la muerte.

Por su parte, la OMS, en su orientación europea del fenómeno suicida, define el intento de suicidio como el acto suicida cuyo resultado no fue la muerte.

Diekstra *et al.* (De Wilde, Kienhorst y Diekstra, 1993; Diekstra y Garnefski, 1995) desde esta misma postura, no definen el concepto de intento o tentativa suicidas, sino que hablan de Parasuicidio, incluyendo en él todas aquellas conductas que varían desde los gestos suicidas o intentos manipulativos, hasta

intentos serios de matarse. Se refieren a cualquier acto deliberado, con resultado no fatal, que pretende causar o realmente causa daño a sí mismo o que sin la intervención de otros habría sido así o que consiste en ingerir una sustancia en exceso de la dosis generalmente reconocida o de la dosis prescrita terapéuticamente, y el cual es realizado con el fin de realizar cambios, a través de las consecuencias reales o posibles que tal acto pueda llegar a tener (De Leo *et al.*, 2004).

Por último, Maris (2002) puntualiza la definición europea recordando que el término Parasuicidio es usado para referirse al daño auto-inflingido deliberado, con o sin intención clara de morir. Se define como cualquier conducta aguda, intencional y auto lesiva que crea riesgo de morir.

Por su parte O'Carroll *et al.* (1996) consideran que el Intento de Suicidio es una conducta potencialmente auto lesiva con un resultado no fatal, para la cual hay evidencia (implícita o explícita) de que la persona tenía alguna (>0) intención de matarse a sí mismo. En esta clasificación se distingue si el intento generó lesiones o no.

Los mismos O'Carroll *et al.* (1996) plantearían el complemento del intento suicida y que, en conjunto, abarcaría la definición europea del Parasuicidio. Nos referimos acá a la Conducta Instrumental relacionada con el Suicidio, que es una conducta potencialmente auto lesiva, para la cual hay evidencia (implícita o explícita) de que: a) la persona no tenía la intención de matarse y b) la persona deseaba usar la apariencia de intentar matarse para obtener algún otro fin, como por ejemplo buscar ayuda, castigar a alguien, recibir atención, etc.

Este punto de la diferencia de intereses frente al parasuicidio y el intento de suicidio, fue resumido por Bille-Brahe *et al.* (citados por De Leo *et al.* 2004) al proponer cuatro formas en las cuales se usan estos términos:

1. El parasuicidio es una subcategoría del intento de suicidio, caracterizado por bajos niveles de intención de morir, postura que es apoyada en Estados Unidos.

2. El intento de suicidio es una subcategoría más específica del parasuicidio, caracterizada por una fuerte intención de morir, postura promovida en Europa.

3. El parasuicidio y el intento de suicidio son mutuamente excluyentes, el primero usado para describir casos con baja intención suicida y el segundo para etiquetar a aquellos casos en los cuales tal intención es claramente evidente.

4. El parasuicidio y el intento de suicidio son usados indiferentemente, reconociendo las dificultades inherentes a la certeza de la intencionalidad.

Algunos autores consideran que el Intento de Suicidio es apenas un suicidio frustrado, por lo que se hablaría del mismo fenómeno; mientras que otros han planteado que los suicidas y los “*attempters*” (quienes realizan una tentativa de suicidio) tienen características sociodemográficas y epidemiológicas completamente diferentes (Mingote *et al.*, 2004), como a continuación se comenta.

En el caso del suicidio, el grupo poblacional más proclive es el de los hombres, mayores de 45 años que utilizan métodos eficaces, rápidos, premeditados y realizados en soledad. Típicamente no presentan factores precipitantes significativos, aunque en ocasiones se plantean razones de carácter afectivo (mujeres) o profesionales (hombres). Estas personas se caracterizan por estar aislados, permanecer solitarios y presentar antecedentes depresivos, así como tentativas previas de suicidio; igualmente son más coléricos, propensos a ser agresivos, irritables o impulsivos que los no suicidas. Los métodos más frecuentes son los traumáticos (hombres) y los tóxicos (mujeres) (Maris, 2002; Mingote *et al.*, 2004).

Por su parte, los intentos se presentan típicamente en mujeres menores de 35 años, se realizan de manera impulsiva, no premeditada y pública, en medio de

una crisis interpersonal por sentimientos individuales de desespero y confusión. Habitualmente se presentan ante frustraciones afectivas. Los “attempters” definen su ambiente como conflictivo, frustrante y no receptivo a sus demandas de ayuda (Diekstra y Garnefski, 1995; Mingote *et al.* 2004).

Por último, García-Maciá, Sarró, Giró y Otín (1984, citados por Clemente y González, 1996), consideran que los intentos suicidas pueden ser entendidos desde tres miradas:

1. Como Síntoma de una enfermedad mental (p.ej., depresión, psicosis, trastorno limítrofe de la personalidad, etc).
2. Como Estrés: aquellos de menor cronicidad, evaluados como reacción frente a una situación ambiental estresante de aparición reciente.
3. Como Crisis: de mayor cronicidad, en los que el sujeto se encuentra en una situación a la que no halla salida, de varios meses de evolución” (p. 31).

Ideación suicida

Es la forma más común de conducta suicida y a menudo es el precursor más importante de más graves conductas suicidas posteriores (Konick y Gutiérrez, 2005).

Esta conducta suicida se identifica cuando un sujeto persistentemente piensa, planea o desea cometer suicidio, durante por lo menos dos semanas y haciendo algún plan e identificando los medios necesarios para conseguirlo (Mingote *et al.*, 2004). O’Carroll *et al.* (1996), en una definición más sencilla, consideran Ideación Suicida a cualquier pensamiento auto-reportado de intentar una conducta relacionada con el suicidio.

Por su parte, Goldney *et al.* (1989) consideran que la Ideación Suicida incluye desde pensamientos fugaces de que la vida no merece la pena vivirse,

pasando por intensas preocupaciones con fantasías autodestructivas, hasta planes muy explícitos y bien meditados para matarse.

No obstante lo anterior, De Wilde, Kienhorst y Diekstra (1993) consideran que el término “suicida” no debería usarse para el deseo de muerte o para los pensamientos de que la vida no vale la pena, sino sólo para los pensamientos que impliquen el deseo o intención o plan de acabar con la vida por su propia mano. Así, habría que distinguir entre pensamientos de muerte y pensamientos suicidas.

El asunto de la intencionalidad

Abordar el tema de la intencionalidad implica entrar a considerar las diferencias (o similitudes) entre motivos, razones, objetivos, propósitos e intenciones, toda vez que en la literatura sobre suicidio se hace uso de estos términos al entrar a evaluar la causalidad de la conducta suicida.

Tal vez la principal distinción necesaria está entre motivos e intenciones. Asumiendo la teoría de la terminología de la ciencia, Hjelmeland y Hawton (2004) proponen que los motivos están asociados con las explicaciones causales; mientras que las intenciones están relacionadas con las explicaciones teleológicas de los actos suicidas. Las primeras (causales) implican que la explicación de los actos está ubicada en el pasado; mientras que las segundas (teleológicas) implican que la explicación está en el futuro; es decir, que el sujeto está intentando alcanzar algo por medio del acto.

De igual manera, considerando que la literatura científica en Psicología relaciona motivos con causalidad e intenciones con explicaciones teleológicas, y dado que las intenciones están más estrechamente relacionadas con los actos que los motivos, estas autoras consideran que es preferible el concepto de intención a la hora de explicar la conducta suicida desde el punto de vista del mismo sujeto. Así pues, la intención es la noción apropiada para abordar la pregunta de qué es lo

que las personas suicidas quieren alcanzar por medio de su acto suicida, ya sea morir o influir en otro significativo. A partir de esto, se asume que cuando se habla de “nivel de intención suicida” en realidad se está hablando del grado en el que la persona quiere morir, reportado por ella misma.

En su estudio, Hjelmeland y Hawton (2004) encuentran que los motivos de las personas que intentan suicidarse constituyen cinco grupos importantes:

1. Búsqueda de cuidado: manifiesto en la búsqueda de expresiones de afecto, empatía, interés o ayuda por parte de otras personas importantes.
2. Influir en los demás: que se hace evidente en intenciones tales como que alguien se sienta culpable o que pague por haberle tratado mal o que cambie su forma de ser o de pensar frente a algo importante para el suicida.
3. Escape temporal: el cual abarca la intención de evadir una realidad dolorosa o “descansar” de algo que resulta tormentoso.
4. Salida final: que implica la evaluación de que no se puede aguantar una situación por más tiempo, o que no hay más alternativas ante ella, o hacerle la vida más fácil a otras personas o querer morir.
5. Perder el control: que se da cuando la persona siente que no tiene control sobre su vida y que no sabe cómo reasumirlo.

Por su parte, Mingote *et al.* (2004) consideran que las intenciones que subyacen a los intentos de suicidio, podrían clasificarse en cuatro grupos: los dos primeros son los más frecuentes, pero en ellos la muerte surge accidentalmente, en un esfuerzo de transmitir algo como finalidad en sí misma. En los otros dos, la muerte sí surge como un fin intrínseco.

1. “Escúchame”: Aquel en el que se pretende dar importancia y transmitir un estado de desesperación personal que los demás ignoran.
2. “Tienen culpa”: La pretensión de movilizar los remordimientos del otro para que modifique su actitud o sus comportamientos.
3. “No quería hacerlo”: El suicidio es un castigo a un acto vergonzante o ante profundas vivencias de culpabilidad.

4. “No quiero vivir, soy un estorbo”: Abarca a los pacientes más críticos, ya sea por sufrir graves alteraciones de la personalidad o por ser manifestaciones de auténticos cuadros depresivos.

Finalmente, Diekstra (1989) concluye que los actos suicidas responden a diferentes intenciones, siendo la del suicidio, la muerte; y la del intento de suicidio, el esfuerzo por incidir en la realidad o la expresión de una situación conflictiva.

Conducta suicida en la población joven

De acuerdo con el Informe Mundial sobre la Violencia y la Salud (OMS, 2003) a nivel mundial, las tasas de suicidio tienden a aumentar considerablemente con la edad. Así pues, resultan mínimas (0,9 por 100.000 habitantes) en menores de 14 años, pero a partir del periodo comprendido entre los 15 a 24 años, las tasas ascienden significativamente, hasta lograr una máxima en el grupo de mayores de 75 años (66,9 por 100.000 habitantes). Sin embargo, al revisar el número de casos por etapa vital, se observa que el mayor porcentaje de muertes por suicidio está en las edades inferiores a los 45 años. En particular, el principal salto en las estadísticas se da en el período comprendido entre los 14 y 24 años. Posteriormente, las tasas siguen en un leve aumento para los hombres; mientras que para las mujeres se estabilizan (véase tabla 4). Este comportamiento de los casos de suicidio destaca la necesidad de entender el fenómeno desde una perspectiva evolutiva, que permita identificar las características particulares a cada etapa vital.

Conducta suicida en la infancia

Al hablar de la conducta suicida en la infancia, se reconoce que el principal factor de riesgo se encuentra asociado con los factores familiares. La

inmadurez cognitiva de los niños está asociada con estilos de interacción social, en los cuales se perciben a sí mismos en términos egocéntricos en relación con sus cuidadores; es decir, que tienen dificultades para diferenciar sus propias acciones y sentimientos de aquellos presentes en sus cuidadores, lo que se ha denominado el “niño desgastado” (*expendable child*) (Sabath, citado por Pfeffer, 2000).

Tabla 4. Porcentajes del total de suicidios por edad y por sexo (OMS, 2000, p. 204)

Sexo	Edad (años)								Total
	5-14	15-24	25-34	35-44	45-54	55-64	65-74	≥75	
Varones	0,7	12,7	18,3	20,5	17,0	13,9	9,6	7,3	100
Mujeres	0,9	13,3	15,0	15,4	14,7	13,9	13,7	13,1	100
Total	0,8	12,8	17,5	19,2	16,4	13,9	10,7	8,7	100

Así, las conductas y afectos experimentados al interior de las circunstancias familiares son a veces asumidos por los niños como si fueran sus propias acciones o pensamientos. También, pueden responder al conflicto familiar de manera impulsiva, con una pobre capacidad para evaluar la realidad de las circunstancias y pueden ser incapaces de pensar en conductas adaptativas bajo circunstancias de estrés familiar. En particular, los niños suicidas tienden a considerar a sus familias como menos cohesionadas, menos expresivas y más conflictivas, en comparación con los no suicidas (Asarnow, citado por Pfeffer, 2000).

La evidencia empírica sugiere que los estresores vitales crónicos y tempranos, particularmente en el contexto familiar, están asociados con las conductas suicidas en niños. Eventos que lleven a la inestabilidad familiar, tales como los cambios de residencia, la muerte, la pérdida de seres queridos, la enfermedad de alguno de los cuidadores, etc., pueden incrementar la probabilidad de conductas suicidas. También se ha sugerido que las diferentes psicopatologías que implican a los seres queridos o a los padres de los niños (p.ej., abuso de sustancias, violencia y trastorno de personalidad antisocial) se asocian también con sus conductas suicidas.

Por otro lado, se ha validado la importancia de la depresión infantil, la desesperanza, el abuso físico y sexual y los déficit en solución de problemas sociales y emocionales, como factores de riesgo para la conducta suicida en esta etapa vital (Pfeffer, 2000).

Conducta suicida en la adolescencia

Existen algunas características evolutivas de la adolescencia que guardan una estrecha relación con el origen de las ideas suicidas. En primer lugar, los adolescentes parecen particularmente susceptibles a la influencia de los medios masivos de comunicación, pues en la construcción de su propia identidad están a la búsqueda de modelos de rol con los cuales poder identificarse. Específicamente, para el caso del suicidio, se plantea que la presencia de conductas suicidas en personas significativas (que puedan constituirse en modelos) para los adolescentes, sería un factor de riesgo para que presenten conductas suicidas. Esto se ha demostrado con el aumento de cifras de suicidio posteriores a la muerte por suicidio de algún personaje famoso de la farándula. De igual manera, el “contagio suicida” es un fenómeno común en los brotes epidemiológicos del suicidio, en los cuales la conducta suicida de un adolescente es seguida de las conductas suicidas de otros adolescentes de su mismo grupo social o institucional (por ejemplo, colegio) (De Wilde, 2000).

Otra de las características del desarrollo evolutivo del adolescente tiene que ver con el marcado interés por la afiliación a un grupo, la consolidación de redes de apoyo social y la atracción sexo-afectiva por otras personas. En ese sentido, la presencia de conflictos interpersonales con personas importantes en su ambiente social tiene un alto valor estresante sobre el adolescente. Por ejemplo, la terminación de una relación afectiva o una fuerte discusión con un amigo pueden llegar a convertirse en eventos disparadores de la conducta suicida en los adolescentes (Fennig *et al.*, 2005).

La búsqueda de la identidad (social, sexual, vocacional) del adolescente, en virtud de la cual empieza a consolidar la imagen, los valores y las aspiraciones que quiere tener para su vida, puede ser la causa de que la autoestima se consolide como un factor importante en el origen de las conductas suicidas en los adolescentes (Metha, Chen, Mulvenon y Dode, 1998). Así pues, el fracaso escolar, las dificultades a la hora de entablar las relaciones sociales o una mala imagen corporal pueden convertirse en un elemento crucial en el surgimiento de la conducta suicida.

En relación con la consolidación de la identidad personal, un estresor cuyo impacto ha sido demostrado en diferentes estudios con adolescentes es el ser víctima de abuso sexual o de maltrato físico (González-Forteza, Ramos, Vignau y Ramírez, 2001; Chávez, Pérez, Macías y Páramo, 2004; Villalobos-Galvis, en prensa). Al parecer, la vivencia de este tipo de circunstancias, además de las características traumáticas que acarrea, genera un impacto en la imagen y valía que tiene el adolescente acerca de sí mismo, así como puede llegar a afectar significativamente la forma como re-establezca las relaciones con las demás personas.

Finalmente, la búsqueda de la autonomía representa para el adolescente una de las tareas más difíciles en su proceso de adaptación, pues implica el conflicto entre la separación de la influencia familiar y la necesidad del cuidado y apoyo que ésta representa. En este sentido, no es extraño encontrar estudios como los de González-Forteza, Ramos, Caballero y Wagner (2003) en los cuales se comprueba que la presencia de conductas suicidas se asocia significativamente a la intensidad y frecuencia de las discusiones y conflictos paterno-filiales.

Por otro lado, a partir de estudios con poblaciones psiquiátricas se ha identificado el papel significativo de algunos trastornos mentales sobre la presencia de las conductas suicidas.

En primer lugar, la depresión aparece como uno de los predictores más fuertes y más frecuentemente encontrados en los estudios predictivos de los diferentes tipos de conductas suicidas. Desafortunadamente, muchas personas jóvenes con depresión no son identificadas, en parte porque sus síntomas depresivos son a veces muy atípicos (p.ej., irritabilidad, inquietud motora) o en parte porque los adultos no están listos para reconocer los síntomas depresivos en los menores, tal vez por el deseo que se tiene de que los niños sean felices y saludables (Apter y Freudestein, 2000).

De igual manera, se ha hallado en diferentes estudios que el abuso de sustancias psicoactivas implica un aumento significativo en el riesgo de conductas suicidas en adolescentes. Particularmente, su importancia estriba en la comorbilidad con los trastornos conductuales y afectivos, los cuales tienen una alta correlación con la conducta suicida. Por otro lado, el consumo de sustancias también se encuentra asociado con la agresividad, así como con otras características de personalidad que predisponen a la conducta suicida (p.ej., búsqueda de novedad, la baja evitación del riesgo o la baja dependencia del refuerzo). Otra posible explicación a la asociación existente entre aquellas dos variables puede estar en el carácter desinhibidor de las sustancias psicoactivas frente a las conductas de riesgo, o a los efectos emocionales y preceptivos que puede generar una intoxicación y que pueden llevar al suicidio (Apter y Freudestein, 2000).

Otro factor de riesgo psiquiátrico para las conductas suicidas son los problemas de comportamiento, específicamente de impulsividad y agresividad. La relación entre estas variables radica en que comparten factores de riesgo tales como familias disfuncionales, abuso físico y sexual en la niñez, alcoholismo y abuso de sustancias (a nivel personal o de los familiares), el desempleo, la pobreza y el acceso a armas de fuego. También muestran una alta asociación con la presencia de trastornos del estado de ánimo, tal como se comprueba en diferentes estudios de comorbilidad. Así pues, la presencia de conductas de agresividad e irritabilidad en los niños, hace muy difícil diferenciar si se está hablando de un

cuadro depresivo o del inicio de un problema de conducta, impidiendo una adecuada y oportuna atención (Apter y Freudestein, 2000).

Finalmente, se considera importante el análisis de otras condiciones mórbidas que puedan asociarse con la conducta suicida, tales como la esquizofrenia, los trastornos de la alimentación y el trastorno límite de la personalidad, que pueden llegar a representar un fuerte componente etiológico de las conductas suicidas en los adolescentes (Apter y Freudestein, 2000).

Conducta suicida en adultos jóvenes

El inicio de la edad adulta, por lo menos en los países occidentales, coincide con la culminación de los estudios, el comienzo de la vida laboral y la aceptación de una serie de nuevas responsabilidades frente a la propia vida y la de los demás (p.ej., casarse, tener hijos y conformar una familia), a partir de las cuales se define la connotación de éxito en el entorno cultural. La presencia de conductas suicidas en esta etapa, muestra relaciones importantes con estos nuevos requerimientos.

En primer lugar, se ha encontrado una importante asociación entre las tasas nacionales de divorcio y las estadísticas generales de suicidio, suicidio por armas de fuego y tasas de suicidio en hombres; mientras que las tasas de suicidio no se relacionan con el género femenino. Una posible explicación sociológica a estos resultados recae en que el divorcio es una forma de desintegración social, en la cual las personas optan más por su bienestar individual que por el mantenimiento de la familia como estructura social. Psicológicamente hablando, el divorcio es un evento altamente estresante, asociado con síntomas de depresión y baja autoestima, los cuales son finalmente correlatos muy fuertes de las conductas suicidas (Johnson, Krug y Potter, 2000).

De igual manera, se han hallado relaciones directas entre las tasas de desempleo y las tasas de suicidio (Johnson *et al.*, 2000), relaciones que son particularmente fuertes en el caso de los hombres. De Leo y Evans (2004) puntualizan que en épocas de recesión económica se presentan más tasas de conductas suicidas, pero que el concepto de desempleo es muy amplio y, para el caso de los efectos específicos sobre el suicidio, las investigaciones no pueden discriminar el papel que juegan otros fenómenos conexos, tales como perder vrs no encontrar empleo, la falta de seguridad social, la bancarrota, la pobreza, etc.

Desde el punto de vista de la salud mental, los estudios sobre las conductas suicidas en adultos jóvenes identifican como factores de riesgo importantes a la desesperanza, la depresión, el abuso de sustancias psicoactivas (entre ellas el alcohol) y la presencia de conductas suicidas previas (repetición de las conductas suicidas) (Swanh y Potter, 2001).

Conducta suicida y sexo

La literatura científica en el tema de suicidio coincide en considerar al sexo como un correlato socio-demográfico de la conducta suicida, razón por la cual es uno de los predictores más replicado en los diferentes estudios publicados (Kumar, Mohan, Ranjith y Chandra-Sekaran, 2006).

En diferentes países las tasas de suicidio son mayores en hombres; mientras que las de ideación suicida e intentos de suicidio son normalmente mayores en las mujeres (Vörös, Osvath y Fekete, 2004). Este fenómeno ha sido denominado la paradoja del género (*'gender paradox'*) y ha sido comprobado en tantos estudios que se afirma que es un fenómeno real y no un artefacto de la recolección de datos (Canetto y Sakinofsky, 1998).

Esta información lleva a pensar que el fenómeno suicida se da de manera diferente en hombres y en mujeres. Así pues, Hawton (2000) sugiere que los actos

deliberados de autolesión en mujeres están más basados en una motivación no suicida y son usados para comunicar ‘distress’ o para modificar las conductas y reacciones de las otras personas. Ello explicaría por qué las mujeres que intentan suicidarse presentan este comportamiento de manera más repetitiva y haciendo un mayor uso del envenenamiento. Por su parte, en los hombres el daño autoinfligido está asociado con una mayor intención suicida y es, a veces, un reflejo de un trastorno mental subyacente (Kumar *et al.*, 2006).

Desde una visión complementaria, Langhinrichsen-Rohling *et al.* (1998) evaluaron las actitudes hacia las conductas de riesgo y de protección para la salud, hallando que los hombres tienden a presentar más conductas riesgosas y de daño potencial, así como más conductas negativas de salud, que las mujeres. En general, parece que los hombres tienden a ser más impulsivos que las mujeres, por lo cual están más predispuestos a presentar más conductas autolesivas; mientras que las mujeres tienden a reportar más medidas de depresión que los hombres. Desde la teoría de la socialización del rol de género, estas diferencias pueden explicarse en el siguiente sentido: Se piensa que los hombres ejercen su independencia y prueban su habilidad física y su masculinidad durante la adolescencia y la edad adulta joven, implicándose en conductas riesgosas, peligrosas y potencialmente autodestructivas; mientras que las mujeres expresan sus insatisfacciones por medio de conductas internalizantes y síntomas de la depresión, tales como los estilos cognitivos de introspección o de rumiación. De igual forma, se cree que las mujeres socialmente son más propensas a comportamientos relacionados con el autocuidado corporal y la salud, pues son conductas relacionadas con el mantenimiento de la belleza física.

No existe una explicación completamente aceptada acerca de la brecha epidemiológica de las conductas suicidas entre hombres y mujeres. Las principales hipótesis que explican la gran mortalidad suicida en los hombres incluyen: la mayor letalidad de los métodos suicidas en hombres, el rechazo de los hombres a buscar ayuda, el abuso del alcohol y otras sustancias psicoactivas, los códigos (“*script*”) culturales masculinos y la socialización en hombres (Houle,

Mishara y Chagnon, 2008), así como las diferencias biológicas de la personalidad (Miotto *et al.*, 2003).

Las diferencias por género se mantienen a lo largo del ciclo vital, pues como lo mencionan Fennig *et al.* (2005) el desarrollo de los y las adolescentes difiere en términos de la intensidad y prevalencia de los síntomas de ansiedad y depresión, internalización/externalización, estilos cognitivos rígidos/ambivalentes y presión ejercida desde los roles sociales, diferencias éstas que pueden tener un origen biológico o sociológico.

Para estos autores, por lo general, las adolescentes tienden más a interiorizar su sufrimiento y dolor, y a manifestarlo a través de síntomas psicosomáticos, de ansiedad o de depresión, así como con baja autoestima, pobre imagen corporal, sentimientos de falta de atractivo, pesimismo, sentimientos de falibilidad, culpa y autoculpa; ira, aislamiento social, preocupación por la salud y pérdida de interés por el sexo opuesto. Por el contrario, los adolescentes tienden a externalizar su dolor, en la forma de problemas de comportamiento, problemas con la ley o abuso de sustancias psicoactivas (Fennig *et al.*, 2005).

La investigación con adolescentes ha demostrado una susceptibilidad diferente de cada sexo, frente a los factores de riesgo o de protección. Así pues, los eventos vitales estresantes, influyen en forma diferente a hombres y a mujeres. Los intentos de suicidio en los adolescentes se relacionan más comúnmente a fallos en el desempeño escolar, que a su turno, se asocian con una pérdida de la autoestima, disminución que hace más probable la presencia de afecto negativo, desesperanza, indefensión, falta de valía, etc., que se relacionan a la postre con la presencia de conductas suicidas. Por el contrario, el intento de suicidio en las adolescentes está más precedido por problemas de relaciones interpersonales, problemas en el funcionamiento familiar y por eventos vitales estresantes en general, ante los cuales la conducta suicida surge como una reacción (Chopin *et al.*, 2004; Fennig *et al.*, 2005; Eskin, Ertekin, Dereboy y Demirkiran, 2007).

Por su parte, la depresión ha sido identificada como uno de los principales predictores de las conductas suicidas a lo largo de las diferentes etapas vitales. Wannan y Fombone (1998) encuentran que las adolescentes pueden ser más sensibles a la depresión, mediante decisiones que lleven directamente a realizar el suicidio consumado; mientras que en los adolescentes la depresión estaría en el origen de conductas menos graves como las amenazas y los intentos. La evidencia sobre los efectos directos o indirectos de la depresión, de acuerdo con el sexo, no es concluyente. Así pues Wannan y Fombone (1998) encontraron que en los hombres, la depresión fue un predictor directo de la conducta suicida, a la vez que en las mujeres, una vía de riesgo adicional estaba compuesta por la comorbilidad con el abuso de sustancias; mientras que Metha *et al.* (1998) encontraron que los hombres progresan de la depresión al riesgo de suicidio, a través del uso de sustancia psicoactivas (SPA), pero que las mujeres lo hacen de manera directa. No obstante lo anterior, diferentes autores coinciden en afirmar que la depresión es uno de los principales predictores de las conductas suicidas, independientemente del género o de la forma como se generen sus efectos (Wannan y Fombone, 1998; Metha *et al.*, 1998; Fennig *et al.*, 2005; Miotto *et al.*, 2003; Eskin *et al.*, 2007).

En cuanto a los mecanismos de afrontamiento, se cree que las mujeres piensan de una forma más general y toman en cuenta más variables antes de tomar una decisión, tendencia que les protegería de realizar un acto irreversible como el suicidio consumado. Igualmente se muestran más flexibles en su pensamiento y usan las interacciones sociales para ventilar y procesar sus sentimientos (Murphy, 1998). Por su parte, los hombres tienden a ser más impulsivos y agresivos a la hora de intentar solucionar sus problemas, son más autónomos (se aíslan más) y más renuentes a solicitar ayuda y apoyo de parte de sus familias y amigos, así como más inflexibles al considerar alternativas frente a las situaciones estresantes que enfrentan (Fennig *et al.*, 2005; Houle *et al.*, 2008).

Otra variable en la que se han hallado diferencias por sexo son las actitudes hacia el suicidio. El estudio de Marcenko, Fishman y Friedman (1999) encontró que las actitudes tolerantes hacia el suicidio estuvieron

significativamente asociadas con el reporte de la ideación. A ese respecto, las mujeres fueron más tolerantes con el suicidio que los hombres, hecho que puede estar asociado con los valores culturales de “cobardía” y “debilidad” que se le asignan al suicidio, por lo que los hombres tendrían menor probabilidad de reportarlo.

Finalmente, hay otras variables tales como el abuso de sustancias psicoactivas, la conducta antisocial, la agresividad/hostilidad, la habilidad de solución de problemas, las razones para vivir y el apoyo social, frente a los cuales no existen acuerdos acerca de sus diferencias por sexo.

Teorías y modelos explicativos del suicidio

Teorías biológicas

Las investigaciones biológicas sobre las causas de la conducta suicida se han centrado en el rol particular de la serotonina (5-HT), ya que la asociación entre las alteraciones del funcionamiento serotoninérgico y la conducta suicida probablemente es el hallazgo más repetido en la psiquiatría biológica (Van Heeringer, Portzky y Audenaert, 2004; Saíz, González, Bousoño y Bobes, 1997).

En un intento por integrar los hallazgos investigativos de diversas áreas, Van Heeringer *et al.* (2004) proponen un modelo de predisposición o diátesis, en el cual los factores de riesgo aumentan la probabilidad de presencia de una conducta suicida. Tales factores son entendidos como una característica biológica o psicológica persistente que puede predisponer al individuo a una conducta suicida.

En la exposición de su modelo, estos autores toman el concepto de “cerebro social” o circuito basolateral, formulado por Deakin en 1996, el cual

consta de las cortezas prefrontal y temporal del cerebro, ejecutando ciertas funciones a través de circuitos de retroalimentación, en conexión estrecha con la amígdala subcortical y el hipocampo, respectivamente. Así, un primer subsistema del circuito basolateral consta de la corteza temporal en unión al hipocampo, el cual puede estar implicado en el procesamiento de la información sensorial. Desde un punto de vista neurobiológico, la función de este subsistema está mediada por el sistema serotoninérgico (5-HT)_{1a}, en conjunción con el sistema noradrenérgico. Deakin ha planteado que la adaptación o tolerancia al estrés es la principal función de este sistema y que su alteración puede llevar a la subordinación, la baja autoestima y las ideas depresivas. El segundo subsistema del circuito basolateral está compuesto por la corteza prefrontal (orbital) en conexión con la amígdala, la cual media la conducta de aproximación – evitación a través de la neuromodulación dopaminérgica y serotoninérgica (5-HT)₂, respectivamente. La disfunción de este sistema puede llegar a ser evidente en la ansiedad social y la desesperanza.

A partir de evaluaciones psiquiátricas, biológicas, neuropsicológicas y de neuroimagen funcional, Van Heeringer *et al.* (2004) proponen dos clústers de diferentes características, los cuales han sido denominados el componente “de interacción social” y el de “inhibición conductual”.

La investigación ha dejado claro el rol precipitante que sobre la conducta suicida tienen los problemas que amenazan la integración o el estatus del individuo en el medio en el que vive y que normalmente son de naturaleza interpersonal. En términos de personalidad, la percepción de los estímulos en el dominio interpersonal parece ser modulada por la dimensión temperamental heredable de la “dependencia de refuerzo”. Neurobiológicamente, esta dimensión está probablemente influenciada por sistemas de neurotransmisión noradrenérgico y 5-HT_{1a} (Van Heeringer *et al.*, 2004).

Se ha comprobado que los pacientes suicidas tienen niveles comparativamente bajos en dependencia del refuerzo, la cual puede llegar a ser

evidente en el alejamiento y el aislamiento social. Más aún, los pacientes con intentos de suicidio tienen mayores niveles de producción de la hormona del estrés (cortisol) en comparación con otros pacientes psiquiátricos, con niveles de cortisol urinario correlacionando de manera negativa y significativa con las puntuaciones de dependencia del refuerzo. Esto significa que una baja dependencia del refuerzo refleja una baja resiliencia hacia estresores psicosociales. Esto se relaciona con el hecho de que un bajo nivel de búsqueda de refuerzo coincide con el sesgo atencional para percibirse a sí mismo, viéndose como un perdedor cuando se ve enfrentado con estrés psicosocial, aspecto que ha sido planteado como una de las características cognitivas centrales asociadas con la conducta suicida. Basados en estas consideraciones, Van Heeringer *et al.* (2004) proponen que una resiliencia disminuida en pacientes suicidas está asociada con una característica de personalidad, que es modulada por los sistemas noradrenérgico y 5-HT_{1a} y pueden empezar a verse manifiestos a través de un estilo de personalidad “desvinculado o separado” (“*detached or aloof*”), debido a lo cual el sistema de estrés es activado (llevando a una incrementada producción de cortisol) cuando se enfrenta con situaciones adversas particulares.

Con respecto al segundo componente, inhibición comportamental, se encuentra más información que evidencia su papel en el origen de la conducta suicida. Se ha encontrado una importante correlación entre el potencial receptor obligatorio prefrontal 5-HT_{2a}, de una parte, y los niveles de desesperanza y la dimensión temperamental de “evitación del daño” (*harm avoidance*), de la otra. Estos hallazgos indican que los pacientes suicidas se caracterizan por un clúster de funcionamiento prefrontal 5-HT_{2a} disminuido, altos niveles de desesperanza e incrementadas puntuaciones de evitación del riesgo, una dimensión temperamental hipotéticamente heredable, la cual refleja sesgos en la regulación de la ansiedad o en la inhibición comportamental cuando se enfrenta a estímulos adversos (Van Heeringer *et al.*, 2004).

Estos datos sugieren un rol del sistema serotoninérgico prefrontal en las características emocionales (desesperanza) y comportamentales (inhibición), las

cuales pueden ser secundarias a las funciones cognitivas. Las posturas cognitivas han planteado que además de los sesgos atencionales, nombrados antes, la conducta suicida se asocia con percepciones de “no escape” y “no rescate” de la adversidad psicosocial en la que se encuentra la persona. La noción de “no escape” parece estar asociada con funciones de memoria sobre generalizadas, llevando a una alteración de las capacidades para resolver problemas y a la percepción de estar atrapado; mientras que la percepción de no rescate se relaciona con las deficiencias en la generación fluida de eventos positivos que puedan ocurrir en el futuro, llevando a sentimientos de desesperanza.

Tomando en cuenta la localización de la memoria de trabajo en la corteza prefrontal, y el rol del sistema serotoninérgico en el proceso de memoria y aprendizaje, el grupo de Van Heeringen propone que la disfunción crucial en la parte motora-expresiva del circuito basolateral en asociación con la conducta suicida, consiste en una alteración de las funciones de la memoria, mediada serotoninérgicamente, la cual subyace a un déficit en la recuperación de estrategias adecuadas de solución de problemas y en las funciones cognitivas prospectivas, las cuales están típicamente relacionadas con la corteza prefrontal.

Tabla 5. Resumen de los dos componentes de diátesis a la conducta suicida

Aproximación	Componente de interacción social	Componente de inhibición conductual
Psiquiátrica	Ideación depresiva	Ansiedad / desesperanza
Psicológica cognitiva	Sensibilidad a señales de derrota (<i>resiliencia</i>)	Deficiencias en solución de problemas (no escape) Deficiencias en la generación de eventos positivos futuros (no rescate)
Neurobiológica	5-HT _{1a} /noradrenalina	5-HT ₂ /dopamina
Neuropsicológica	Atención	Fluidez en la memoria autobiográfica
Neuroanatómica	Lóbulo fronto-temporal del hipocampo	Lóbulo prefrontal de la amígdala
Temperamento	Dependencia del refuerzo	Evitación del riesgo

A juicio de Van Heeringen *et al.* (2004), los hallazgos de las investigaciones indican que las características psicológicas y biológicas interrelacionadas constituyen la sensibilidad al estrés y determinan la reacción

comportamental a estresores psicosociales entre individuos depresivos, lo cual contribuye a la ocurrencia del suicidio entre ellos. En la tabla 5 se muestra un resumen de este modelo.

Teorías sociales y culturales

Desde la visión sociológica, uno de los autores con mayor impacto en las teorías explicativas del suicidio fue Durkheim (1897/1989) quien en esencia propuso que el suicidio es un efecto de la estructura social.

A juicio de este autor, el ser humano es primeramente y por encima de todo, un ser social, el cual ha sobrevivido a través de la historia por vivir y colaborar con los seres humanos que están a su alrededor. Por ello, la necesidad de sentirse parte de una comunidad está profundamente arraigada en los individuos. Pero la comunidad es algo que va más allá de la mera suma de individuos y tiene un nuevo significado, tiene en esencia una cierta forma de existencia y poder. Es la comunidad la que proporciona la estructura para la existencia de los individuos y su tarea es crear y mantener aquellas normas y valores que son necesarias para hacer a la estructura lo suficientemente firme, distintiva y de apoyo. De otro lado, los seres humanos también necesitan ser “ellos mismos”, ser autónomos y creer en su propia identidad y en su propia significancia única y vital, tanto como individuo como comunidad.

La vida en comunidad demanda del individuo la necesidad del control social, el cual esté basado en las normas y los valores que la estructura social determina. Así pues, una persona está sometida a las normas sociales, pero a la vez, ella misma aporta a la determinación de tales normas, lo que en esencia es ser parte de una comunidad. A juicio de Durkheim, esta interacción resulta de gran importancia al ayudar a la sociedad a desarrollarse y a funcionar positivamente, así como al individuo para vivir en armonía consigo mismo y con su comunidad, lo que Durkheim denominó el “balance entre individualidad y comunalidad”.

A partir de este balance, lo que Durkheim intentó probar, era que la frecuencia de los suicidios varió al tiempo con la integración social. Este concepto implica dos dimensiones importantes. La primera hace referencia a la relación del individuo con su comunidad (su sentido de comunalidad); mientras que la segunda implica la relación de la comunidad hacia el individuo (el control que la comunidad ejerce sobre el individuo). Sobre esta base, Durkheim describió cuatro condiciones (véase tabla 6) que pueden amenazar el equilibrio entre individualidad y comunalidad, lo que llevaría a un incremento de la propensión de las poblaciones a cometer suicidio.

Tabla 6. Tipos de suicidio según Durkheim

Fortaleza	Sentido personal de comunalidad	Control comunitario sobre el individuo
Muy fuerte	Altruista	Fatalista
Muy débil	Egoísta	Anómico

De acuerdo con este esquema, en el suicidio *altruista* el individuo pierde la noción de individualidad y asume que su muerte favorecerá el bienestar o los intereses de la comunidad a la que pertenece; mientras que en el suicidio *fatalista* es la comunidad la que anula a los individuos, exigiendo de ellos su muerte. Por su parte, el suicidio *egoísta* se da cuando la individualidad busca beneficios o fines a expensas de la comunalidad, lo que hace que el individuo se aleje de ella. Por último, el suicidio *anómico* implica que la comunidad tiene una inadecuada capacidad para crear y mantener normas y que el poder para ejercer control social es insuficiente (Bille-Brahe, 2000).

Enfatizando en el balance entre comunalidad e individualidad, Durkheim planteó como regla general que la frecuencia del suicidio varía inversamente con el grado de integración a la comunidad de la cual el individuo forme parte.

Finalmente, este autor propone que en el suicidio toman lugar 3 factores:

1. La naturaleza de los individuos que componen la sociedad.

2. La manera como están asociados; es decir, la naturaleza de la organización social.
3. Los acontecimientos pasajeros que perturban el funcionamiento de la vida colectiva, sin alterar su constitución anatómica, como las crisis nacionales, económicas, etc. (Durkheim, 1897/1989, p.353)

Una alternativa a la propuesta de Durkheim, es la formulada por Mäkinen (citado por Bille-Brahe, 2000), quien afirma que el suicidio debe ser analizado como un fenómeno predominantemente cultural, más que como resultado de las propiedades estructurales de las sociedades. En su estudio sobre el impacto de la visión legal sobre la tasa de suicidios, Mäkinen concluye que las leyes relacionadas con el suicidio, las actitudes culturales hacia él y, posiblemente, la religión están entremezcladas en un sistema normativo-cultural, el cual genera los patrones (posteriormente interiorizados) de ideas con respecto a las cuales los individuos evalúan sus propias conductas y actos.

Ahora bien, para este autor la cultura no sólo es algo que ocurre y que se le impone al sujeto, sino que emerge cuando los seres humanos viven juntos, un conglomerado de ideas, hábitos, pensamientos, tradiciones, normas y valores que se manifiestan luego como el patrón cultural de un grupo específico de personas que viven en una comunidad, en un momento determinado.

La cultura es también un sistema de símbolos que cuando son interiorizados conforman una cierta disposición hacia ciertas necesidades en el individuo. Esta disposición determina el rango de alternativas posibles para la acción, influyendo tanto en la motivación para solucionar los problemas como su forma práctica de llevarlas a cabo.

No obstante lo anterior, Mäkinen encuentra que los patrones culturales están asociados con la estructura social, pues las actitudes correlacionan con el significado cultural del suicidio y éste, a su vez, está correlacionado con las

propiedades estructurales de la sociedad, tales como las clases sociales, la política, la distribución del poder, la religión, etc.

Finalmente, las visiones que la sociedad tiene de la vida y la muerte también forman parte del patrón cultural y determinarán las actitudes hacia las lesiones auto inflingidas. En otras palabras, determinarán el sentido sociocultural del suicidio, al verlo como un pecado imperdonable, un acto psicótico, un derecho humano, una obligación ritual, un acto impensable, etc. (Bille-Brahe, 2000).

Por último, en la línea psicosocial de las actitudes, Agnew (1998) propone el modelo de aprobación del suicidio, en virtud del cual se explicaría cuáles son las razones por las cuales una persona puede tener una actitud positiva hacia el suicidio y, por ende, estar en mayor riesgo de llevarlo a cabo. Tal modelo se postula desde tres elementos: a) la tensión – estrés y el afrontamiento, b) el aprendizaje social y c) el control social.

De acuerdo con la teoría de la tensión, la aprobación del suicidio es una función del nivel de tensión de los individuos y de su habilidad para afrontarla a través de los canales culturalmente legitimados. Sin embargo, para Agnew (1998), hay algunas personas que no pueden encontrar soluciones adecuadas, bien sea por la gravedad del estresor, bien sea por su déficit de recursos de afrontamiento, razón por la cual empiezan a considerar al suicidio como una solución aceptable.

De igual manera, la aprobación del suicidio puede ser una función de la socialización de cada individuo, pues pudieron haber estado expuestos a, o se les enseñaron, creencias que favorecen o condenan el suicidio. Tal exposición está en función de las variables religiosas, regionales y sociodemográficas. También puede ser una función de la exposición a otras personas que han realizado actos suicidas (especialmente seres queridos o personas muy admiradas), que implícitamente enseñan que el suicidio es una posible solución a los problemas de la vida y generar inquietudes acerca del sentido personal de la vida y el vivir (Agnew, 1998).

Finalmente, la aprobación del suicidio será mayor en aquellas personas con bajo control social; es decir, aquellos individuos con débiles vínculos o compromisos con otras personas, pues podrían sentir que tienen menos razones para vivir y así verían al suicidio como algo menos disruptivo que los demás. También los vínculos débiles impiden que el individuo vea que el suicidio puede ser una conducta inadecuada, a la vez que puede reforzar visiones amorales frente a actos desviados como la conducta suicida (Agnew, 1998).

Teorías psicológicas

En el estudio llevado a cabo por Chopin, Kerkhof y Aresman (2004), se proponen cinco grandes grupos de teorías explicativas sobre el intento de suicidio.

Conceptos psicoanalíticos del intento de suicidio

Las teorías psicoanalíticas normalmente no distinguen entre intento y suicidio como dos fenómenos diferenciados, pues el primero es visto como un suicidio fallido. Los postulados que se han hecho están relacionados con las dos épocas de la formulación freudiana del instinto de muerte.

El primer planteamiento de Freud con respecto al suicidio es en 1917, cuando lo relaciona a una condición de melancolía. Una persona melancólica se identificará tanto con el objeto amado que ahora se torna odiado y por el deseo de matar a tal objeto introyectado, eventualmente cometerá suicidio. Esto se da porque la melancolía hace que trate al yo como un objeto y que entonces se dirija hacia él toda la hostilidad que desearía dirigir contra el objeto amado. Este fue un planteamiento hecho por Freud sólo para aquellos casos en los que se consolidaba la melancolía (Freud, 1917/ 1989). En esta formulación teórica se puede observar que tal autor habla del suicidio como una forma de castigo que el individuo se

autoimpone y con la cual muchos autores han estado de acuerdo cuando conciben al suicidio como un acto de auto-agresión.

Holinger y Offer (citados por Henry *et al.*, 1993), por su parte, consideran que aunque externamente los adolescentes presentan diferentes razones para realizar un acto suicida, internamente el suicidio es un intento por manejar el rechazo y la deprivación que resultaron en la pérdida de amor y apoyo. De esta manera, el componente central de la personalidad suicida es la percepción de una pérdida de amor.

Hacia 1920, Freud argumentó que el suicidio estaba motivado por el instinto de muerte (tánatos). El suicidio se presenta entonces cuando hay un desbalance que lleva a que el tánatos subyugue al eros, o instinto de vida, tendencias éstas de signo contrapuesto y que existen en el ser humano desde el principio de su vida. El suicidio pertenecería al tánatos, pues Freud consideraba que todas las personas son potencialmente suicidas a través de una fuerza intra psíquica del instinto de muerte.

Desde otra postura psicodinámica, Menninger (citado por Chopin *et al.*, 2004) propuso que en las personas hay una importante propensión a la autodestrucción y que en los suicidas habría una tríada presente: el deseo de morir, el deseo de matar y el deseo de ser matado y que el acto suicida es una manifestación extrema del instinto de muerte dirigido contra el yo.

Desde estos puntos de vista, los adolescentes son un grupo particularmente en riesgo de conductas suicidas, ya que la pubertad es un período crucial del desarrollo con respecto a los impulsos autodestructivos. Un desarrollo deficiente del ego durante la adolescencia puede llevar a tendencias autodestructivas que son el producto de un deseo inconsciente de muerte que resulta de la ira tornada hacia sí mismo (Henry *et al.*, 1993).

Intento de suicidio como una forma de comunicación interpersonal

Entre las décadas de los 60's y 80's del siglo XX se popularizó la idea de que el Intento de Suicidio es una forma de comunicación, en lo que se denominó el grito de auxilio o el “llanto por ayuda” (“*cry for help*”).

Stengel (1961) pensó al intento de suicidio como un acto conciente o inconsciente de comunicación enviado a los demás. Se puede concebir como una señal de alarma, una muestra de ‘distress’ o la búsqueda de ayuda, las cuales pueden ser motivadas por ciertas reacciones o cambios ambientales no-esperados. Las repeticiones dependen entonces, de si el intento de suicidio previo generó o no los cambios buscados.

Kreitman (citado por Chopin *et al.*, 2004) propuso que los intentos de suicidio tenían predominantemente unas funciones comunicativas y manipulativas, aunque también anotó que entre quienes intentan suicidarse, hay personas con un riesgo máximo de una eventual muerte por suicidio. Estas personas están marcadas por problemas de personalidad, dificultades sociales y problemas interpersonales graves y de larga duración.

En la misma línea, Maris (citado por Chopin *et al.*, 2004) estableció que la principal meta de los intentos de suicidio era la manipulación, la búsqueda de atención y la expresión (catarsis) del afecto depresivo. Tal autor infiere que las personas que intentan suicidarse (principalmente las mujeres jóvenes) hacen uso de métodos de baja letalidad. Maris fue uno de los primeros autores en plantear la naturaleza “procesual” del suicidio, proponiendo que tal disposición se origina en los traumas de la infancia y en los problemas de la familia de origen. Como tales problemas vuelven a presentarse en la adolescencia y en la adultez, el proceso suicida está marcado por estresores, dificultades, depresiones y problemas

interpersonales de carácter repetitivo. Consecuentemente, la biografía personal siempre influye en las reacciones auto-destructivas de las personas ante las crisis. Maris supuso que la mayoría de quienes intentan el suicidio no quieren morir, pero sí generar cambios importantes en sus vidas, razón por la cual el primer intento es normalmente de tipo manipulativo; mientras que el subsecuente desarrollo de las conductas suicidas dependerá de las reacciones de los otros significativos del suicida. Si la reacción es positiva, y la persona es relevada de las cargas que considera excesivas, la necesidad de consolidar una conducta autodestructiva puede disminuir. Si los problemas son resueltos sólo temporalmente, la persona puede repetir la conducta suicida. La repetición de un intento de suicidio puede llegar a convertirse en una reacción condicionada a través de la cual la persona aprende a afrontar el estrés y los eventos vitales.

Intento de suicidio como reacción al dolor psicológico

Schneidman abordó el problema del suicidio consumado, pero sus planteamientos han guiado explicaciones similares al intento de suicidio. Este autor postula que el suicidio es una forma de escape de un dolor psicológico insoportable. Este es el dolor de las emociones negativas: culpa, miedo, derrota, vergüenza, humillación, descrédito, aflicción, soledad, desesperanza, amor frustrado, necesidades insatisfechas, cólera y hostilidad.

Así pues, Shneidman (citado por Villardón, 1993) sistematiza su modelo a partir de cuatro componentes de la conducta suicida: la hostilidad, la perturbación, la constricción y el cese.

El primer componente hace referencia hacia la *hostilidad* hacia sí mismo que en los momentos previos al suicidio se ve aumentada. La *perturbación* se refiere al grado en el que una persona se encuentra inquieta o preocupada; es decir, con estados emocionales negativos tales como el malestar, la pena, la culpa o la amargura, entre otros. El tercer componente del suicidio, *la constricción*,

reúne ciertas características cognitivas como la imposibilidad de la persona suicida de percibir todos los aspectos de la realidad, de modo que sólo hace conscientes los aspectos negativos (visión de túnel) y el pensamiento dicotómico. Cuando el estado psíquico de una persona se caracteriza por una elevada hostilidad hacia sí misma, una elevada perturbación y constricción, la potencialidad suicida es alta. Es entonces cuando la idea de *cese*, de dormir eternamente, de descansar en paz, de muerte... se presenta como una solución posible (Villardón, 1993). De esta manera, Schneidman definió la naturaleza psicológica del suicidio, al proponer que su esencia central es el intolerable dolor psicológico.

Una condición necesaria para el suicidio es un umbral disminuido frente al dolor psicológico, combinado con la creencia de que el cese de la conciencia brindará un descanso de tal dolor.

Más tarde, este autor postula las llamadas “10 comunalidades del suicidio”, con las cuales completa su concepción de los actos suicidas:

1. El propósito común es *buscar una solución*.
2. La meta principal es la “*cesación de la conciencia*”, del contenido insufrible de la muerte.
3. El estímulo común es el dolor psicológico intolerable.
4. El estresor común son las necesidades psicológicas frustradas.
5. La emoción común es la indefensión-desesperanza.
6. El estado cognitivo común hacia el suicidio es la ambivalencia.
7. El estado perceptivo común es la constricción. La persona percibe solamente una posibilidad ante los problemas.
8. La acción común en el suicidio es el escape.
9. El acto interpersonal común es la comunicación del intento.
10. La consistencia común es con los patrones de afrontamiento de larga duración.

Schneidman (1988) conjuga los componentes más propiamente psicológicos, como son el dolor y la perturbación, con la presión ejercida por el ambiente y confecciona un modelo teórico representado por el “cubo suicida”, en el que el suicidio se sitúa en la concatenación del dolor y la perturbación máxima con una elevada presión ambiental negativa. Este modelo cúbico, supone un enriquecimiento de la perspectiva psicológica pura con los aportes de las orientaciones sociológicas y enlaza con los modelos psicosociales explicativos del suicidio.

Los postulados de Schneidman han servido de punto de partida para muchos otros autores en la teorización de las conductas suicidas. Por ejemplo, Williams y Pollock (citados por Chopin *et al.*, 2004) elaboraron el modelo teórico del “llanto de dolor” (“*cry of pain*”), en el cual se ve a la conducta suicida como un intento de huir de la sensación de estar atrapado, cuando la persona cree que no existe ninguna otra oportunidad de escape, bien sea del medio externo o de un cambio interno brusco. Las ideas suicidas se derivan de la sensación de estar derrotado o acorralado (“*defeated*” o “*closed in*”). Los sentimientos de derrota pueden exacerbarse por circunstancias externas (conflictos interpersonales, desempleo, estrés laboral) o por intolerables problemas internos. La característica esencial de tales estresores es que son una clave para que el sujeto se sienta derrotado en alguna de las áreas significativas de su vida. Sin embargo, la sensación de derrota por sí sola no es suficiente para disparar el suicidio, sino que debe combinarse con una ausencia de posibilidades de escape y la ausencia (real o imaginaria) de factores de rescate.

La teoría del llanto de dolor enfatiza el elemento reactivo de la conducta suicida más que el elemento comunicativo. La conducta suicida aparece cuando la persona se siente atrapada y adolorida. Sólo secundariamente “el llanto” puede ser un intento de buscar ayuda.

Este modelo reconoce algunas diferencias entre el suicidio y el intento. Cuando una persona siente que no hay escape, puede reaccionar con una

secuencia de conductas diferentes, una de las cuales es la conducta suicida. En los estados tempranos de la secuencia, cuando la posibilidad de escape está amenazada pero aún está presente, los intentos de escape se caracterizarán por altos niveles de actividad, ira y sentimientos de protesta. Así, las conductas suicidas menos importantes son un intento por reestablecer rutas de escape que siguen a la derrota o al rechazo (“*defeat*” o “*rejection*”). Los intentos de suicidio letales representan el dolor psicológico de la persona que se siente completamente derrotada, sin rutas de escape y sin la posibilidad de rescate. La intensidad de la conducta suicida también depende de otros factores tales como la intensidad de los eventos que disparan el sentimiento de derrota, el temperamento, la historia de aprendizaje y la predisposición biológica para conductas suicidas impulsivas y destructivas.

Teorías cognitivas de la conducta suicida

MODELOS DESDE LA PERSPECTIVA COGNITIVA DE AARON T. BECK

Beck (1980) postula que la intencionalidad suicida es un continuum. En un extremo está la definitiva intención de morir y en el otro, la intención de seguir vivo. Cuando el intento se realiza para continuar viviendo, la conducta suicida se usa para lograr algunos cambios interpersonales o para hacer que otros efectivamente den la ayuda requerida. Por el otro extremo, los motivos de la conducta suicida pueden ser escapar de la vida, liberarse de un ‘distress’ emocional intolerable o evitar sentirse atrapado. En algunas ocasiones la intención puede ser ambigua, siendo una confusión entre deseo de vivir y deseo de morir.

Así, los intentos de suicidio menos graves estarán probablemente asociados con motivos manipulativos, así como con bajos niveles de depresión y desesperanza. Por el contrario, los intentos más graves corresponderán a intentos de escape y a elevados niveles de depresión y desesperanza.

Para Beck (1980) la conducta suicida grave está fuertemente correlacionada con la depresión y la desesperanza. Sin embargo, ésta última es crucial: es el puente entre la depresión y el intento de suicidio. Beck, Kovacs y Weissman (citados por Chopin *et al.*, 2004) suponen que las conductas suicidas en las personas deprimidas se derivan de ciertas distorsiones cognitivas, tales como la excesiva visión negativa de sí mismos, el mundo y el futuro (tríada cognitiva); no solo tienden a magnificar sus problemas, sino que tampoco creen que tienen la habilidad para resolverlos. Además estas personas no toleran adecuadamente a la incertidumbre y están más predispuestas a considerar la idea de que la muerte resolverá sus problemas.

Integrando la perspectiva de Beck, Riskind, Long, Williams y White (2000), la depresión es el punto de inicio de las conductas suicidas. A su juicio, la depresión es el resultado de tres componentes básicos: la tríada cognitiva, los esquemas y los errores cognitivos. Las personas deprimidas creen que no son valiosas o que son defectuosas, y piensan también que el mundo es un sitio frío y horrible, razón por la cual no creen que el futuro pueda llegar a ser mejor. Todas las experiencias son filtradas a través de esas creencias y distorsiones, manteniendo así a la depresión. Finalmente, los errores cognitivos consistentemente cometidos por las personas deprimidas hacen difícil, si no imposible, reconocer información que contradiga tales creencias. Un resultado potencial es ver el suicidio como la única salida lógica para escapar de lo que se considera una vida desesperadamente mala que es imposible de mejorar.

EL MODELO COGNITIVO BASADO EN LA TEORÍA DE LA INDEFENSIÓN-DESESPERANZA

Abramson *et al.* (2000) hacen un mayor énfasis en la presencia de la desesperanza como elemento de las conductas suicidas. Afirman que cuando una persona cree que las cosas buenas son improbables de sucederle o que las cosas malas sucederán y que no podrá hacer nada para detenerlas, la depresión-desesperanza está formada. Este elemento cognitivo hará probable la presencia del suicidio como el único (o final) recurso que las personas tienen, o bien para salir de la situación desesperada, o bien para sentir que tienen un último sentido de

control en sus vidas (paradójicamente, en sus muertes). Estos autores consideran que la suicidalidad (“suicidality”) a lo largo del continuum entre las ideas suicidas y el suicidio consumado, es un síntoma primario de esta forma de depresión.

Posteriormente, Abramson *et al.* (2002) propusieron un modelo de diátesis-estrés, en el cual los eventos negativos vitales contribuyen a la formación y el mantenimiento de evaluaciones negativas o distorsionadas de sí mismo y el futuro, las cuales conllevan a la desesperanza, la que a su vez, está en el origen del desarrollo de síntomas depresivos que incrementan el riesgo de conductas suicidas.

LA POSTURA COGNITIVA DE NEIMEYER

Otro autor representativo de la escuela cognitiva es Neimeyer, quien aplica la teoría del constructo personal de Kelly a la depresión y el suicidio. Kelly asume que las personas organizan su pensamiento como si fueran científicos, plantean hipótesis sobre los significados de los sucesos: miden, refinan y elaboran dichas hipótesis sobre la base de la experiencia. Defiende que la “unidad básica de significado” en las teorías personales que los individuos elaboran es el constructo, definido de tal modo que dos cosas son vistas como relacionadas una con otra y diferentes a una tercera (Villardón, 1993).

Así pues, al aplicar esta teoría, Niemeyer afirma que los sistemas de constructos personales de los individuos suicidas se caracterizan por:

1. Anticipación de fracaso. Esta variable está íntimamente relacionada con la desesperanza con respecto al futuro.
2. Autoconstrucción negativa que se refiere a una visión negativa de sí mismo, lo que tiene mucho que ver con una baja autoestima.
3. Construcción polarizada o pensamiento dicotómico que se caracteriza por un modo de razonar que prescinde de las posibilidades intermedias y se ciñe solamente a las posibilidades extremas.

4. Aislamiento interpersonal (cuando está relacionado con la depresión).
5. Constricción en el contenido y aplicación de constructos.
6. Desorganización del sistema de constructos.

Posteriormente, en un proceso de especificación de un modelo explicativo del suicidio, Hughes y Neimeyer (1990) proponen el modelo de escogencia suicida orientado al futuro, basados en los datos de investigaciones empíricas relacionadas con estructuras cognitivas, estrategias de solución de problemas y anticipaciones futuras de personas suicidas, así como en las teorías de los constructos personales. Este nuevo modelo propone que los seres humanos siempre buscan predecir y plantear hipótesis acerca del futuro. Las conductas suicidas pueden ocurrir cuando el proceso de predecir el futuro es alterado, bien sea porque el futuro aparece como totalmente predecible y negativo o porque es visto como totalmente impredecible. Ambas condiciones son consideradas como fallos anticipatorios.

Con el primer tipo de fallos anticipatorios (futuro predecible) los resultados negativos de la vida son más que obvios y por ello no hay nada bueno que esperar. Las personas afectadas por tales visiones están atrapadas en sus propios patrones singulares de pensamiento y en sus anticipaciones negativas. Acá, la conducta suicida se asocia con la depresión y es probable que sea bien planeada y letal.

Con el segundo tipo de fallo anticipatorio, la imposibilidad de predecir el futuro, se asocia con la ansiedad. Al estar sin certezas frente al futuro, la persona busca abrazar alguna, puede ésta incluso ser la conducta suicida. Acá, los intentos de suicidio tienden a ser impulsivos y menos peligrosos que en la condición anterior.

El modelo cognitivo de la escogencia suicida afirma que una persona no-suicida tiene visiones estables y positivas de sí mismos y del futuro. Menores

niveles de ideación suicida pueden ocurrir cuando una persona falla en alguna área importante de la vida. Como una consecuencia, los elementos negativos pueden integrarse en el sistema de evaluación positivo previo. Como la auto-destrucción es solo considerada como una de las muchas posibles soluciones, es probable que la ideación suicida dure poco tiempo y que los problemas sean solucionados.

Debido a la rigidez o constricción de los sistemas cognitivos de algunas personas, su habilidad para afrontar adecuadamente el estrés es reducida. Cuando ocurren niveles moderados de invalidación, estas personas incorporan más elementos negativos dentro de la visión de ellos mismos. La ideación suicida gana espacio (*momentums*) a medida que el sistema de constructos cognitivos individuales pierde coherencia y empieza a desorganizarse. Consecuentemente, el presente y el futuro comienzan a hacerse inciertos y aumentan los niveles de ansiedad, generando intentos de suicidio impulsivos, de baja letalidad, los cuales representan una búsqueda de certezas y son realizados como una forma de liberar tensión; sin embargo, el suicidio es visto aún como riesgoso.

Si el proceso inadecuado de solución de problemas continúa y la invalidación se consolida, las anticipaciones del futuro comienzan a ser estables y negativas. El pensar acerca de la muerte empieza a volverse algo positivo; mientras que el futuro y el sí-mismo son vistos como negativos. La ocurrencia de la conducta suicida en este punto es probable que sea bien planeada y letal.

Hughes y Neimeyer (1990) observaron que la progresión desde la visión positiva del futuro hacia la negativa, no necesariamente es gradual. Es importante recalcar que el suicidio no es simplemente el resultado de un déficit en la solución adecuada de problemas o un sistema alterado de constructos u otros factores cognitivos. La conducta suicida es el resultado de factores cognitivos orientados hacia el futuro, combinados con eventos vitales estresantes.

Teorías que asumen la conducta suicida como un proceso

Como se formuló antes, uno de los primeros autores en plantear a la conducta suicida como un proceso (“*career*”) fue Maris, quien la concibió originada en los traumas de la niñez y caracterizada por repetidos estresores y fracasos a lo largo de la vida.

La teoría del aprendizaje social también puede considerarse como una teoría orientada al proceso, aunque el desarrollo de modelos acerca del suicidio son más bien escasos. En este sentido, Lester (1994) propone que la conducta suicida también puede aprenderse. Tal conducta tiene sus raíces en la niñez, cuando una persona suicida falla para integrarse a los valores normales, a saber, hacia la vida y la muerte. Las experiencias tempranas y una cierta educación configuran los patrones de pensamiento y las asociaciones de una persona suicida. El castigo y su interpretación desempeñan un rol primordial. En particular, la represión de la agresión y el volverse contra sí mismo son unos de los impulsores del desarrollo de los procesos de pensamiento suicida. Como la conducta autodestructiva es reforzada por el ambiente de la persona, se asimila un grupo de expectativas. El suicidio empieza a ser un acto de manipulación, dado que se espera una reacción a partir del daño auto-inflingido. La depresión debida, por ejemplo, a la falta de refuerzos o a la indefensión aprendida, también se reconoce como una causa significativa de la conducta suicida (Leenars, 1990; Lester, 1994).

Finalmente, Michel (1997, 2001) habló de la conducta suicida en términos de una teoría de la acción. Todas las conductas humanas, incluyendo las conductas suicidas, están orientadas por metas. A lo largo de su vida, una persona ocasionalmente puede fallar en alcanzar las metas propuestas. La conducta suicida es a veces el resultado de los fracasos en áreas importantes de la vida, tales como el trabajo o el estudio, las relaciones y la identidad personal. El suicidio puede ocupar temporalmente la mayor posición en la jerarquía de metas, dado que puede percibirse como una posible solución a una situación subjetivamente percibida como insoportable. La conducta suicida puede re-aparecer a lo largo de la vida

como una meta eventual, en momentos de crisis vital. Luego de un intento de suicidio, es posible que las metas orientadas hacia la vida vuelvan a ganar peso otra vez.

El estado psicológico, previo al suicidio está caracterizado a veces por un proceso de disociación, el cual puede ser entendido como una defensa en contra del dolor, el ‘distress’ o la humillación o contra la amenaza de colapso de la autoimagen. La conducta suicida puede, por ello, ser una forma de proteger la autoestima personal y reafirmar una dignidad perdida.

Modelos integradores

Modelo de diátesis-estrés del suicidio

Van Heeringen, Hawton y Williams (citados por Chopin *et al.*, 2004) combinaron hallazgos psiquiátricos, psicológicos y biológicos contemporáneos en un modelo de proceso, el cual toma en consideración el concepto de espectro suicida. Así, las primeras fases del proceso se asocian con estados de ira y ansiedad; mientras que las últimas se caracterizan por la presencia de altos niveles de depresión y especialmente de desesperanza. Aunque los estresores vitales puedan ser importantes en el comienzo de episodios depresivos iniciales, posteriormente el papel de tales eventos declina a medida que el número de episodios depresivos se incrementa.

Para estos autores, el desarrollo de este proceso depende de la interacción entre estrés y diátesis (vulnerabilidad persistente). La diátesis se origina tanto en características genéticas como en experiencias traumáticas vitales tempranas. Tal vulnerabilidad consta de rasgos biológicos y psicológicos, los cuales comienzan a ser evidentes cuando los estresores específicos ocurren. La investigación demuestra que tales estresores son principalmente interpersonales. Una vez que se

encuentra con los eventos vitales estresantes, la diátesis se manifiesta a través de dos componentes. El primero es el componente social, el cual influye la forma como se perciben los eventos vitales. El segundo componente, la capacidad de resolver problemas, es responsable de la manera como las personas actúan en presencia de tales eventos. Como el estrés y la diátesis están interrelacionados, la acumulación de experiencias negativas vitales puede debilitar las habilidades de afrontamiento; mientras la diátesis avanza y el proceso suicida gana espacio. Consecuentemente, estresores menos intensos pueden provocar reacciones suicidas cada vez más graves.

El modelo de Schotte y Clum

En el modelo de diátesis-estrés-desesperanza (DSH, por sus siglas en inglés) de la conducta suicida, Schotte y Clum (1987) proponen que las habilidades de solución de problemas interpersonales median o moderan la relación existente entre estrés y desesperanza, la cual es, a su vez, predictiva de la ideación y la conducta suicidas. De manera específica, una persona con deficientes habilidades de solución de problemas, podría sentirse abrumada a medida que los estresores aumentan, lo que conlleva a la desesperanza y, si las condiciones se mantienen inmodificables, se podría entrar a considerar un gran riesgo de depresión y, finalmente, de conducta suicida. Por el contrario, un individuo con adecuadas o mejores habilidades de resolución de problemas, podría ser capaz de generar alternativas productivas y, así, minimizaría el riesgo potencial de la desesperanza, cortando así la espiral de gravedad del proceso suicida.

En conclusión, desde el modelo DSH se puede concebir a las conductas suicidas como una manifestación de pobres, desgastadas o ineficaces habilidades de afrontamiento, particularmente cuando un individuo está sometido a un estrés importante (Rudd, Rajab y Dahm, 1996).

El modelo procesual del estrés y la conducta suicida

El modelo de estrés como proceso, o de estrés-afrontamiento, fue formulado inicialmente por Lazarus y Folkman (1986) y ha demostrado ser una buena herramienta para conceptualizar y comprender también las conductas suicidas, entendidas éstas en su interrelación con el ambiente externo e interno del individuo suicida (Sandín *et al.*, 1998). En la figura 1 se presenta el modelo de estrés-afrontamiento contextualizado en la conducta suicida.

El modelo inicia planteando que la conducta suicida tiene su inicio distal o inmediato en un conjunto de estresores significativos, los cuales pueden ser: estresores vitales, crónicos, agudos o cotidianos. Diversos estudios han demostrado que las personas con alguna de las conductas del espectro suicida experimentan más estresores (en especial más eventos vitales), presentan más eventos estresantes recientes y además, experimentan un incremento significativo de este tipo de eventos justo antes de la aparición de la conducta suicida (Sandín *et al.*, 1998).

En cuanto al componente de evaluación del estímulo, un aspecto preliminar que hay que tener en cuenta es que el paciente suicida reconoce más eventos estresantes que una persona no-suicida, lo que llevaría a suponer que hay un sesgo que permite estar más atento a la presencia de estresores o que las mismas estrategias de manejo del ambiente hacen que el individuo se vea enfrentado a un mayor número de estresores (Villalobos-Galvis, 2007).

Con respecto a la *evaluación cognitiva primaria*, se encuentra que los sujetos suicidas tienen una alta probabilidad de evaluar sus estresores como daños / pérdidas; es decir, como eventos que generan un gran impacto por el daño efectivo causado y que resultan irremediables (objetiva o subjetivamente), disminuyendo la posibilidad de hacer algo para su modificación y llevando a la persona a estados depresivos.

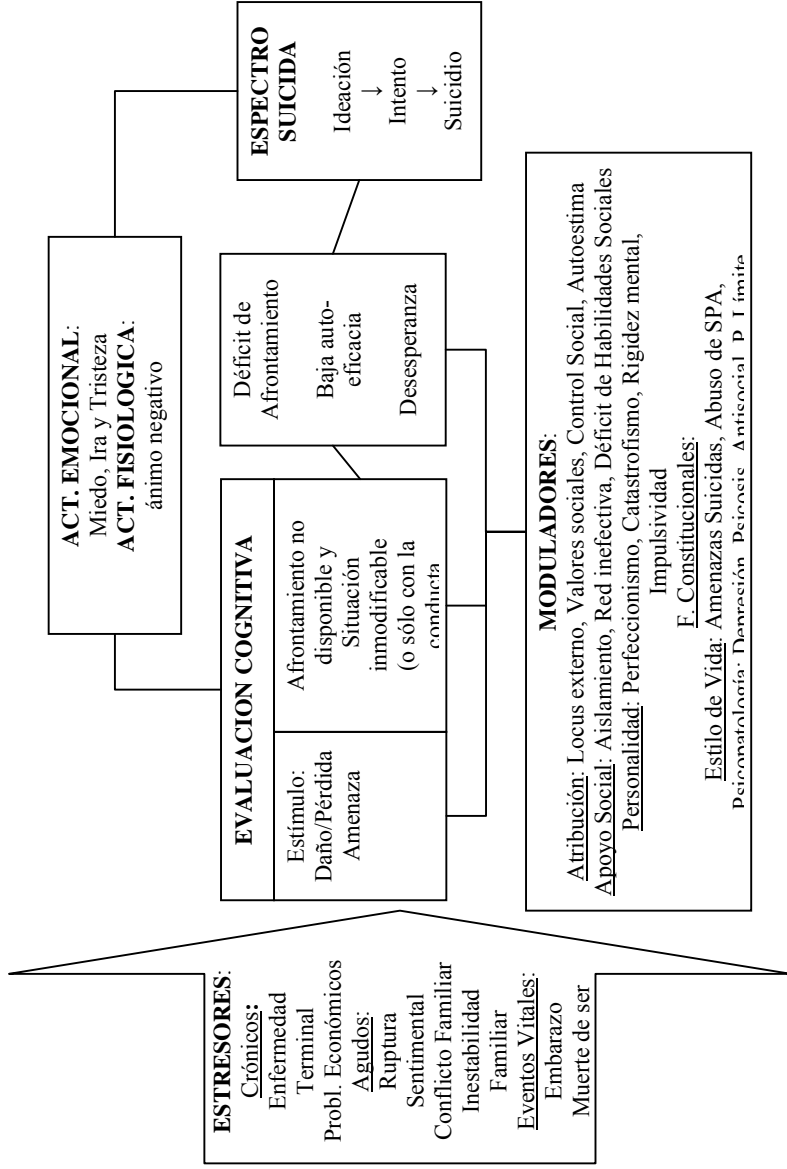


Figura 1. Modelo procesual del estrés aplicado a la conducta suicida (Villalobos-Galvis, 2007)

Por otro lado, la evaluación de amenaza puede estar presente en el momento en que la persona prevé que va a sufrir un daño / pérdida potencial en el futuro. Esto se encuentra relacionado con síntomas de tipo ansioso y de carácter evitativo y estaría asociado con conductas suicidas desplegadas ante situaciones como: el embarazo no deseado, la futura pérdida de bienes (p.ej., casa), la posibilidad de reprimendas o castigos paternos, etc.

En lo relacionado con la *evaluación cognitiva secundaria*, se ha demostrado que bajos niveles de autoestima, autoconcepto y auto eficacia están seriamente relacionados con la conducta suicida (Lieberman, Solomon y Ginzburg, 2005; McGee, Williams y Nada-Raja, 2001), lo que permitiría explicar que los individuos suicidas consideran que no son tan valiosos como para que valga la pena vivir, o que no tienen los recursos para enfrentar las situaciones difíciles o que a pesar de que hagan lo que hagan sus esfuerzos no van a tener ningún resultado positivo.

Con respecto a los mecanismos y estrategias de afrontamiento, algunas investigaciones reportadas por Piquet y Wagner (2003) han demostrado que los suicidas se caracterizan por presentar respuestas menos constantes y esforzadas y más respuestas automáticas, lo que implicaría que tienden a rendirse más fácilmente ante un estresor de difícil solución, así como a presentar respuestas poco planeadas en el momento de enfrentarlo. Ello conllevaría a soluciones inadecuadas que arrastran a la persona a adicionales y complejas situaciones estresantes cada vez más inmanejables, lo que a su vez refuerza ideas de baja auto eficacia, así como estados de desesperanza (Gibb *et al.*, 2001).

Frente a la aplicación del modelo procesual del estrés, Sandín *et al.* (1998) hacen énfasis en el papel de los factores mediadores y moderadores. Para el caso de la conducta suicida, las principales variables de este tipo son el apoyo social (real y percibido, sentido de afiliación, redes sociales), la psicopatología (trastornos de estado de ánimo, de abuso de sustancias psicoactivas, limítrofe de la personalidad y de ansiedad, así como la conducta disruptiva y la esquizofrenia);

los hábitos de salud-enfermedad (consumo del alcohol y otras sustancias psicoactivas, conductas autolesivas a largo plazo y conductas de riesgo para la vida), los rasgos de personalidad (estilo cognitivo negativo, desesperanza, perfeccionismo y rigidez mental), así como el papel socializador de las normas, los valores y las “modas” (Agnew, 1998; Delgado, Insuasty y Villalobos-Galvis, 2004, Lieberman, *et al.*, 2005; Sandín *et al.*, 1998; Polaino-Llorente, 1996; Dean, Range y Goggin, 1996; Gibb *et al.*, 2001) .

Por último, hay que reconocer la importancia de los aspectos fisiológicos, evolutivos y constitucionales del individuo, los cuales se convierten en correlatos etiológicos necesarios (aunque no suficientes) para la aparición de la conducta suicida (Delgado, Insuasty y Villalobos-Galvis, 2004).

La interacción de estos elementos, llevaría a la presencia de la desesperanza y de déficit de afrontamiento que pueden representar los pasos finales de una cadena causal que lleve a la presencia de conductas suicidas (Sandín *et al.*, 1998)

VARIABLES PREDICTORAS DE LA CONDUCTA SUICIDA

Eventos vitales estresantes

*Cuando niño mi mamá se murió
solito con el viejo me dejó
me dijo “sólo nunca quedarás”
pero a él lo esperaba una enfermedad.
A los diez años papá se murió
se fue con mamá para el más allá
y la gente decía al verme llorar
”no llores nene que tu suerte cambiará”
y ¿cuándo será?
EL DÍA DE MI SUERTE (HÉCTOR LAVOE)*

El proceso del estrés

El concepto de estrés, ha sido ampliamente utilizado en la sociedad actual queriendo reflejar el efecto de las condiciones de la vida moderna sobre la salud integral de las personas.

Han sido muchos los esfuerzos que se han hecho por llegar a una definición concluyente de lo que puede entenderse por estrés. Cassidy (1999) reconoce tres perspectivas desde las que se ha abordado el tema:

1. Estrés como estímulo: Que asume que el estrés es algo que ocurre en el medio ambiente y que genera una demanda a la persona, lo que se ha denominado “fuente de estrés” o estresor.
2. Estrés como respuesta: Parte de los diversos síntomas de tipo emocional, conductual o físico que se aprecian en las personas, como consecuencia de un conjunto particular de demandas.
3. Estrés como transacción: Implica una relación bidireccional entre la persona y su ambiente, en la que se incorporan las perspectivas de estímulo y respuesta como parte de un proceso.

Uno de los modelos más influyentes en la investigación e intervención del estrés ha sido el propuesto por Lazarus y Folkman (1986), al cual se le ha

denominado el modelo procesual del estrés-afrontamiento y que puede clasificarse en la perspectiva del estrés como transacción.

Siguiendo los lineamientos de Lazarus y Folkman, se ha propuesto la siguiente definición de estrés: “proceso comportamental, integrado por factores biológicos, psicológicos y sociales que una persona vive al enfrentarse con estímulos o eventos que son percibidos como amenazantes o dañinos, razón por la cual debe desplegar acciones que implican una alta exigencia psicológica y física” (Villalobos-Galvis, 2007; p. 129).

A partir de esta definición, se plantea un proceso que inicia con la aparición de un estímulo *estresante* (o varios); es decir, cualquier estímulo que resulte altamente demandante para el individuo, al sobrecargar los recursos usuales de los que dispone.

Sandín (1999) identifica cuatro clases de estresores, a saber:

1. *Sucesos vitales altamente traumáticos*, los cuales son eventos extraordinarios, tales como desastres naturales, situaciones bélicas, etc.
2. *Sucesos vitales mayores*, que son aquellos acontecimientos relativamente usuales y hasta normativos de la vida de las personas, algunos de los cuales no son necesariamente traumáticos (p.ej., un ascenso, el matrimonio o el nacimiento de un hijo) y otros pueden serlo en alto grado (pérdida de un ser querido, sufrir un accidente).
3. *Microeventos o sucesos vitales menores*, los cuales son pequeños problemas o contrariedades que ocurren cotidianamente o también las molestias diarias (“*dialy hassless*”).
4. *Estresores ambientales*, los cuales no se juzgan propiamente como sucesos vitales, ya que hacen referencia a situaciones del contexto sociofísico (ruido, tráfico, contaminación, hacinamiento, etc.) que tienen un efecto reconocido sobre el funcionamiento fisiológico y psicológico de la persona.

Como se puede ver, los sucesos vitales incluyen la vivencia de pérdidas, no sólo personales (muerte o separación de la pareja), sino también de un papel social (perder el empleo) o de una idea (descubrir el comportamiento delictivo de un ser querido). Los sucesos vitales pueden provenir de diversas áreas de la vida: las relaciones, el hogar, la familia, la salud, los hijos, el matrimonio, las obligaciones sociales, el dinero, el descanso, los amigos, etc.; y su poder traumático tiene que ver con su traducción subjetiva (Lara, Navarro y Navarrete, 2004), tal como se ha comentado anteriormente.

Para que un estímulo sea considerado un estresor, se requiere que la persona lo evalúe como daño-pérdida, amenaza o reto, dentro del ambiente en el que se presente (*evaluación primaria*). De igual forma, lo estresante del estímulo está en función de tres aspectos principales: que sea o no predecible, que sea o no modificable y frente al cual se pueda o no hacer algo. Así pues, un estímulo será más estresante si es impredecible, es inmodificable y tiene baja posibilidad de afrontamiento (Villalobos-Galvis, 2007).

Este proceso continúa con una autoevaluación en la que la persona toma en consideración si dispone de los recursos de afrontamiento necesarios para enfrentar la situación estresante y/o reducir la magnitud de la amenaza que representa (*evaluación secundaria*). En este punto, la persona evalúa tanto la presencia de estrategias de afrontamiento en su repertorio comportamental, como la efectividad que las mismas han tenido en situaciones pasadas similares o la que pueda llegar a tener en la situación presente.

Para estos procesos evaluativos, la persona cuenta con la información que llega de su activación emocional, de las atribuciones y creencias que posea y de las consecuencias del apoyo social que reciba.

Luego de la evaluación se presenta el *afrontamiento*, el cual implica el conjunto de acciones sociales, cognoscitivas y/o comportamentales que despliega

una persona para poder manejar un evento o situación estresante, de tal manera que pueda reducirla y adaptarse, previniendo su aparición o remediando su daño.

La *respuesta de estrés* se da en dos frentes principales: el fisiológico y el socio-cognitivo-conductual que a su vez pueden ser afectados por factores *moduladores* tales como la personalidad, el estilo de vida, la constitución biológica, la genética, la salud mental, etc. del individuo.

Finalmente, las respuestas dadas son *retroalimentadas* directamente o por medio de los cambios que se observen en el estresor. De esta manera, si el estímulo permanece, el individuo continúa desplegando conductas de afrontamiento, hasta tanto tal estresor desaparezca o se cambie la evaluación primaria que se hace de él.

Eventos vitales estresantes en jóvenes y adolescentes

La adolescencia es una de las etapas que genera más crisis en el proceso evolutivo de los seres humanos (Barón, 2000), dada la gran cantidad de cambios que conlleva. Entre los principales generados en esta etapa están: a) hacerse a la idea de su propio cuerpo, b) aprender nuevas relaciones con sus compañeros (incluyendo las del rol sexual), c) alcanzar independencia de los padres, d) alcanzar el estatus social y económico de adulto, y e) adquirir auto confianza y un sistema propio de valores. A todo ello se suma el proceso de afrontar los cambios físicos profundos, el logro de un equilibrio entre el “sentido del yo” y el “sentido de los otros”, así como la adaptación a las normas sociales. Todas estas tareas implican habilidades psicológicas que aún no han sido adquiridas, pero que al ser demandadas pueden llevar a situaciones de desesperación y desamparo (De Wilde, Kienhorst y Diekstra, 1993).

A juicio de Seiffge-Krenke (1998), la crisis que se vive durante la adolescencia es un factor determinante en el desarrollo de la personalidad de los

individuos y, en ella, el estrés puede producir alteraciones dependiendo de la forma como se evalúen y afronten los sucesos vitales que se presenten.

Holmes y Rahe (citados por Ávila, Heredia, Gómez y Martínez, 2006) denominan eventos vitales a los cambios importantes que alteran o amenazan las actividades normales de individuos o familias, e incluyen las situaciones propias de cada una de las etapas de la vida que se consideran normales (matrimonio, nacimiento de hijos, etc.) y también a los cambios menos usuales (divorcio, enfermedad, etc.), los cuales causan una necesidad de reajuste sustancial en las condiciones del organismo.

Sandín (2003) define como sucesos vitales a aquellas circunstancias que requieren de un cambio en la rutina habitual de la persona; es decir, un reajuste sustancial en la conducta del individuo. Este autor destaca cómo el impacto o potencial estresante de un suceso vital está en función del grado de cambio o alteración que genera en las rutinas de las personas, por lo que afirma que los conceptos de suceso vital y cambio vital surgen para representar un mismo fenómeno social.

Finalmente, es importante reconocer que investigaciones recientes han demostrado que no es el cambio por sí mismo, sino la cualidad del cambio lo que resulta potencialmente dañino. Así, los cambios que son indeseables, rápidos, inesperados, no-normativos e incontrolados parecen ser mucho más dañinos que los cambios deseados, esperados, habituales y controlados. De esta manera, el significado de una crisis no reside en la situación, sino en la interacción entre la situación y la capacidad de la persona para superarla (Sandín, 2003).

En relación con lo formulado anteriormente, Lucio, Ampudia y Durán (citados por Ávila *et al.*, 2006) consideran que existen tensiones normales que se espera impacten a los adolescentes y que son debidas a los cambios físicos, intelectuales y cognoscitivos, así como a cambios de escuela, presiones académicas, expectativas sociales, cambios en las relaciones familiares,

maduración sexual y definición de género, entre otras. También hay causas inesperadas de tensión que se relacionan con aspectos sociales y estresantes como enfermedades y accidentes, deformaciones físicas, retardo exagerado en el desarrollo, cambios de residencia, divorcio o muerte de los padres, muerte de un amigo cercano, maltrato físico, abuso sexual, disfunciones sexuales y presencia de psicopatología en los padres, entre otras.

Otra forma de diferenciación de los eventos vitales estresantes en adolescentes y jóvenes es el propuesto por Seiffger-Krenke (1998) quien los clasifica en normativos y no-normativos. Los normativos son aquellos eventos que cualquier adolescente enfrenta, los cuales incluyen los eventos de género y los cambios corporales, de escuela y en las relaciones con sus padres. Son eventos que aparecen aproximadamente al mismo tiempo en los adolescentes de la misma edad, son fáciles de predecir y bastante frecuentes por lo que son percibidos como medianamente estresantes y controlables. Por el contrario, los eventos no-normativos pueden definirse como eventos vitales significativos y críticos que pueden ocurrir en cualquier momento, sin que se les espere, tales como la muerte de un familiar, asaltos o riñas, y aumentan la probabilidad de producir un desajuste. Estos sucesos son poco frecuentes, difíciles de predecir y extremadamente agobiantes dado que son poco controlables por parte del joven.

Eventos vitales estresantes y suicidio

De manera generalizada, en la literatura científica se ha reconocido la importante relación existente entre los eventos vitales estresantes y los problemas de salud mental. Para el caso específico del suicidio, se encuentran en la literatura diferentes estudios que demuestran la relación existente entre conducta suicida y eventos vitales estresantes.

Por ejemplo, para analizar la relación de los eventos vitales con el suicidio consumado, Cavanagh, Owens y Johnstone (1999) llevaron a cabo un estudio de

casos (suicidio) y controles (muerte indeterminada) en Escocia, hallando que los casos tenían significativamente más eventos vitales estresantes en general, en comparación con los controles. Las categorías que más mostraron mayores diferencias fueron las de estresores familiares-interpersonales y las de salud-enfermedad física. La presencia de eventos vitales estresantes contribuyó al incremento del riesgo de suicidio, aún cuando se controló el efecto de las variables edad, sexo y trastorno mental.

De manera similar, Cooper, Appleby y Amos (2002) realizaron un estudio de casos (suicidas) y controles (no suicidas) con el fin de determinar la frecuencia, el periodo y el tipo de eventos que preceden al suicidio en personas menores de 35 años en Inglaterra. Se encontró que los suicidios estaban asociados con la presencia de eventos vitales en los tres meses anteriores y de manera más fuerte, en la semana previa. De igual forma, se halló que habían dos clases particulares de eventos que fueron más comunes antes del suicidio: los interpersonales, usualmente experimentados como intensos, y los legales (ser arrestado, encarcelado o sentenciado).

En cuanto al riesgo de suicidio, Blaauw *et al.* (2002) estudiaron la presencia de eventos vitales traumáticos en presos con bajo y alto riesgo suicida. Aunque todos reportaron altas prevalencias de eventos vitales, aquellos con alto riesgo de suicidio presentaron las mayores prevalencias de tales eventos. Los presos suicidas reportaron más episodios de abuso sexual, maltrato físico, maltrato emocional, abandono e intentos de suicidio en seres queridos. También experimentaron más eventos vitales traumáticos durante la infancia, en las etapas posteriores a ésta y durante la detención. Los autores concluyen que los eventos vitales estresantes están asociados con el riesgo suicida y que tal riesgo depende del tipo de eventos vitales, la época en la que se vivan y las personas implicadas en ellos.

En un estudio con grupos de pacientes con intentos suicidas previos y diagnóstico actual de trastorno depresivo mayor, o de trastorno de personalidad

límite y con un grupo control de comunidad, Neta, Sever y Alter (2004) encontraron que los dos grupos suicidas reportaron una mayor presencia de eventos vitales estresantes en general y más abuso físico que los controles, en los 12 meses previos al intento de suicidio. De otro lado, los depresivos tuvieron más eventos vitales asociados con la muerte; mientras que quienes tenían trastorno límite de la personalidad reportaron más eventos vitales relacionados con abuso sexual. De esta manera, los autores concluyen que la conducta suicida en general puede estar relacionada con la cantidad de eventos vitales estresantes por los que atraviese una persona. Sin embargo, también reconocen la posibilidad de que existan ciertos eventos vitales específicos a cada diagnóstico que pueden precipitar la realización de un intento de suicidio.

En la misma línea de trabajo con intentos de suicidio, Rew *et al.* (2001) encontraron relaciones significativas entre recientes intentos de suicidio y a) una historia familiar de intentos de suicidio, b) tener amigos que hayan tenido intentos de suicidio, c) una historia de abuso sexual, d) una historia de abuso físico y e) estrés ambiental, en una muestra de 720 estudiantes entre los 12 y 18 años, pertenecientes a tres grupos étnicos (hispanos, afrodescendientes y blancos).

Por su parte, De Wilde, Kienhorst, Diekstra y Wolters (1992) llevaron a cabo un estudio comparativo entre tres grupos de adolescentes: a) con intento de suicidio, b) con depresión sin conducta suicida o c) sin depresión ni conducta suicida. Los resultados mostraron que el grupo de adolescentes con intentos de suicidio difieren de los otros grupos en que habían experimentado más conflictos en sus familias, iniciando en la infancia y sin estabilizarse durante la adolescencia. Durante esta etapa, este mismo grupo fue el que presentó más eventos de abuso sexual. Finalmente, durante el año previo al intento de suicidio estos adolescentes presentaron eventos de inestabilidad social tales como cambios de residencia y tener que repetir un curso académico.

En Hungría, Osvath, Vörös y Fekete (2004) entrevistaron a 101 personas que habían presentado un intento de suicidio, encontrando que ciertos eventos

vitales negativos (especialmente problemas de relaciones y abuso físico o psicológico en la infancia) se convirtieron en los principales indicadores de problemas mentales graves en las familias de los participantes (p.ej., adicciones, conducta autodestructiva u hospitalización psiquiátrica). Se hallaron correlaciones significativas de tipo positivo entre el número de eventos vitales y los síntomas de algunas psicopatologías tales como depresión, desesperanza, ira y ausencia de autoestima. Los autores concluyen que la presencia de eventos vitales estresantes es un factor implicado en el desarrollo de vulnerabilidad psicológica y/o biológica (modelo de diátesis-estrés) y de disfunciones cognitivas.

En lo que hace referencia a las ideas suicidas, Mazza y Reynolds (1998) encontraron que las molestias diarias (*'hassless'*) y los eventos vitales estresantes en los hombres, y el apoyo social y la depresión en las mujeres, fueron factores significativos en la predicción de los niveles de gravedad de la ideación suicida tras un año de seguimiento a 374 estudiantes de secundaria.

Schotte y Clum (1987) demostraron que existe una fuerte asociación entre los niveles de estrés vital negativo y el grado de ideación suicida en los adolescentes. Además, tal estrés se asoció con problemas financieros familiares, disputas familiares, problemas en la relación padre-hijo, eventos personales y familiares, intensidad de eventos vitales estresantes recientes en general y estrés pasado y reciente. También maltrato (abuso físico y sexual) y pérdidas de figuras de apego (separación, divorcio o muerte de padres).

La tendencia que muestra una relación entre eventos vitales y conducta suicida, no es exclusiva de la cultura occidental, tal como lo demuestran Liu y Tein (2005), quienes en un estudio poblacional con adolescentes chinos encontraron que aquellos que tuvieron intentos de suicidio, reportaron más eventos negativos vitales durante el año previo, en comparación con quienes solo tuvieron ideas suicidas y con los no-suicidas. Se pudo determinar que el estrés académico y los conflictos familiares fueron las áreas más importantes de estrés de los adolescentes en riesgo de conducta suicida. Los eventos negativos vitales

también se asociaron con un elevado riesgo de problemas internalizantes y externalizantes, los cuales también se asociaron significativamente con un elevado riesgo de conducta suicida, luego de que se controló el efecto de los eventos vitales estresantes.

Con el objeto de identificar los correlatos entre depresión, ideación suicida e intento de suicidio en adolescentes mexicanos, González-Forteza *et al.* (2003) llevaron a cabo un estudio con la participación de 508 hombres y 428 mujeres, encontrando que los estudiantes con depresión y/o ideación suicida tienen más conflictos con padre / madre y reportan que sus padres discuten por problemas económicos; son impulsivos y usan respuestas de afrontamiento agresivas e inadecuadas.

En un estudio previo (Villalobos-Galvis, en prensa) realizado con el objeto de conocer la presencia y las características de las conductas suicidas en estudiantes de colegios y universidades de la ciudad de San Juan de Pasto - Colombia, al revisar la presencia de eventos vitales estresantes, se halló que aquellos estudiantes que habían tenido un intento de suicidio presentaron un mayor número de eventos. De igual manera, se estableció que los eventos asociados con el intento de suicidio fueron la violación sexual, el maltrato físico, el vivir alejado de la familia y las conductas suicidas en un ser querido; mientras que para la ideación suicida los eventos más relevantes fueron: una enfermedad mortal, la pérdida del empleo en familiares, la separación o divorcio de los padres y la presencia de conductas suicidas en seres queridos.

Como se puede observar, se ha demostrado que la cantidad de eventos vitales estresantes se relacionan significativamente con las conductas suicidas. De igual manera parece haber una importante asociación entre el tipo de eventos vitales y la conducta suicida específica. Por ejemplo, se ha encontrado que la ruptura de una relación sentimental o el duelo por ello, los conflictos interpersonales con los padres, compañeros o amigos; las dificultades relacionadas con el trabajo o la escuela, las dificultades económicas y los problemas legales o

de disciplina están relacionados con la presencia y gravedad de la conducta suicida en adolescentes. Los conflictos paterno-filiales han sido más prevalentes en la adolescencia temprana; mientras que los problemas románticos son más comunes en adolescentes de mayor edad (Liu y Tein, 2005)

Finalmente, en la revisión de literatura que realizan Sandín *et al.* (1998) se concluye que los adolescentes suicidas experimentan más eventos negativos vitales que los sujetos controles normales, remarcando su papel predictivo en la génesis de la conducta suicida.

Depresión

*Como me duele el invierno
Como me duele el verano
Como me envenena el tiempo cuando tu no estás
Como me duele estar viviendo
Como duele estar muriendo así
Como me duele hasta el alma en mi habitación
Como dueles en los labios, en todos lados, soledad
COMO DUELES EN LOS LABIOS (MANÁ)*

Definición y sintomatología

Etimológicamente, depresión viene del latín *de* y *premere* (apretar, oprimir) y *deprimere* que significa empujar hacia abajo. El paciente se siente hundido, con un peso sobre su existencia y devenir vital que le impide cada vez más vivir con plenitud (Torres, 2002).

Actualmente, se denomina depresión a un síndrome; es decir, la presencia de un variado número de signos y síntomas, los cuales han sido clasificados de diferentes maneras. Por ejemplo, Vásquez y Sanz (1995) consideran que hay cinco grandes grupos:

1. Síntomas anímicos: Predomina la presencia de sentimientos de tristeza, abatimiento, pesadumbre o infelicidad, así como sensación de vacío, irritabilidad o nerviosismo.
2. Síntomas motivacionales y conductuales: Se presenta un estado general de inhibición caracterizado por la apatía, la indiferencia y la anhedonia, que en su estado más grave es conocida como retardo psicomotor, llegando incluso al denominado estupor depresivo.
3. Síntomas cognitivos: Se da una alteración de la memoria, la atención y la concentración, hasta el punto de afectar significativamente el desempeño en tareas cotidianas. Pero además de esta alteración funcional, también se presenta una alteración en el contenido de las cogniciones, por lo que el pesimismo, la auto depreciación, la autoculpa y la pérdida de la autoestima suelen aparecer en personas deprimidas.

4. Síntomas físicos: Normalmente se presentan alteraciones en el sueño (principalmente insomnio), fatiga, pérdida de apetito, disminución de la actividad y el deseo sexuales, y molestias corporales difusas (dolores de cabeza o de espalda, náuseas, vómito, visión borrosa, etc.).

5. Síntomas interpersonales: Se da un deterioro significativo de las relaciones con otras personas, caracterizado por una disminución del interés por la gente, así como un incremento en la sensación de rechazo de parte de los demás.

Por su parte, Pérez-Álvarez y García-Montes (2001) señalan cuatro patrones definitorios de la depresión, que son usados por los clínicos, a saber:

1. Síntomas afectivos: Humor bajo, tristeza y desánimo.

2. Síntomas cognitivos: Pensamientos negativos de si mismo, el mundo y el futuro; baja autoestima, desesperanza y remordimiento.

3. Síntomas conductuales: Retirada de actividades sociales, reducción de las conductas habituales, lentitud al andar o al hablar, agitación motora y actitud desganada.

4. Síntomas físicos: Relativos al apetito, al sueño y, en general, a la falta de energía, así como a otras molestias somáticas.

Finalmente, Yepes (1998) plantea que los pacientes deprimidos pueden dividirse en tres grupos de acuerdo con la sintomatología que los lleva a consultar. El primer grupo está constituido por pacientes que presentan principalmente síntomas depresivos (tristeza, sentimientos de culpa, ideación suicida, etc.), los cuales son más fácilmente diagnosticados en los servicios de salud. El segundo grupo consulta por síntomas generales u orgánicos (insomnio, anorexia, cansancio, cefalea, vértigo), quienes son frecuentemente sometidos a múltiples e infructuosos exámenes clínicos y paraclínicos, así como a tratamientos ineficaces. Por último, está el grupo de pacientes con síntomas psiquiátricos, dentro de los cuales predominan la ansiedad (normalmente mal diagnosticada), el alcoholismo, la fármaco dependencia y la hipocondría.

Clasificación de los trastornos depresivos

Dentro de la clasificación de los trastornos del estado de ánimo establecidos por el DSM-IV-TR (American Psychiatric Association, 2000) y la CIE-10 (OPS, 1996), tal vez los trastornos depresivos más importantes son el Episodio depresivo mayor (EDM), el Trastorno depresivo mayor (TDM) y la Distimia.

Según el DSM-IV-TR, el EDM se caracteriza por la presencia, en un periodo de por lo menos dos semanas, de ánimo deprimido o de pérdida de interés en todas o casi todas las actividades cotidianas. Estos síntomas se acompañan también de otros tales como cambios de apetito o peso, sueño, actividad psicomotora, disminución de energía sentimientos de minusvalía o culpa, dificultad para pensar, concentrarse o tomar decisiones; o pensamientos recurrentes de muerte, ideas, planes o intentos de suicidio.

Por su parte, la CIE-10 considera como los síntomas más típicos de la depresión a la presencia de ánimo depresivo, la pérdida de interés y de la capacidad de disfrutar, y el aumento de la fatiga. En su clasificación de los episodios depresivos incluye casi los mismos síntomas que el DSM-IV-TR, aunque adiciona la baja autoestima y la baja auto eficacia.

De acuerdo con la CIE-10, los episodios depresivos pueden clasificarse en: a) leve (dos síntomas típicos y dos adicionales sin presentar grado intenso, por lo menos dos semanas), b) moderado (dos síntomas típicos y cuatro adicionales, algunos con grado intenso, por lo menos dos semanas), c) grave sin síntomas psicóticos (los tres síntomas típicos y cuatro adicionales, todos con grado intenso, puede ser menos de dos semanas) y d) grave con síntomas psicóticos (los mismos de un episodio grave, con ideas delirantes, alucinaciones o estupor depresivo).

En lo referente al TDM, según el DSM-IV-TR éste implica la presencia de uno o más episodios depresivos mayores, sin historia de episodios maníacos,

mixtos o hipomaníacos y no se trata de un caso de esquizofrenia, trastorno esquizoafectivo u otro trastorno psicótico. Puede clasificarse en episodio único (el episodio actual es el primero que han tenido en su vida) o episodio recurrente (cuando ha habido por lo menos otro episodio depresivo en su vida), así como en leve, moderado, grave sin características psicóticas y grave con características psicóticas.

Para el CIE-10, el equivalente al TDM es el trastorno depresivo recurrente que se caracteriza por la aparición de episodios repetidos de depresión, que pueden presentar los rasgos de episodio depresivo leve, moderado o grave, pero sin antecedentes de episodios aislados de exaltación del estado de ánimo o aumento de la vitalidad suficientes para satisfacer las pautas de manía. Se exige que los episodios depresivos hayan tenido una duración mínima de dos semanas y que entre ellos haya transcurrido un intervalo libre de alteración significativa del humor, de varios meses de duración. De acuerdo con las características del episodio depresivo actual, se clasifica en leve, moderado, grave y grave con síntomas psicóticos.

Según el DSM-IV-TR, el diagnóstico de distimia se aplica a la presencia crónica de un estado de ánimo deprimido, que ocurre la mayor parte del día, durante más de la mitad de los días, con una duración mínima de 2 años y sin la presencia de dos meses o más de ausencia de sintomatología. Durante los períodos de depresión ocurren por lo menos dos de los siguientes síntomas: baja energía o fatiga, baja autoestima, mala concentración o dificultad para tomar decisiones y sentimientos de desesperanza. En resumen, son pacientes con una depresión relativamente leve, de duración larga y con intervalos asintomáticos muy cortos.

Para la CIE10, por su parte, la distimia es clasificada como un trastorno del humor (afectivo) persistente. Implica la presencia de una depresión crónica del estado de ánimo que no se corresponde con la descripción o las pautas para el diagnóstico de un trastorno depresivo recurrente, episodio actual leve o moderado, por su gravedad o por la duración de los episodios (aunque pueden haberse

satisfecho las pautas para un episodio depresivo leve en el pasado, en especial al inicio del trastorno). Los enfermos tienen a menudo días o semanas en los que refieren encontrarse bien, pero durante la mayor parte del tiempo (frecuentemente durante meses seguidos) se sienten cansados y deprimidos, todo les supone un esfuerzo y nada les satisface. Están meditados y quejumbrosos, duermen mal y se sienten incapaces de todo, aunque normalmente pueden hacer frente a las demandas básicas de la vida cotidiana.

Depresión y suicidio

A juicio de Rudd (1990), la depresión es un fenómeno que está presente en la mayoría de conductas suicidas y aparece normalmente en pacientes que se pueden considerar como potenciales suicidas, pues se ha demostrado su papel predictor tanto de las ideas y tentativas suicidas, así como del suicidio consumado.

Konick y Gutiérrez (2005) afirman que la depresión es el predictor más fuerte del suicidio, hasta el punto que cuando se retira de los modelos predictivos, otras correlaciones se debilitan o desaparecen (Field, Diego y Sanders, 2001; Sun, Hui y Watkins, 2001).

Según Cole (1988), en el caso de los adolescentes, la depresión tiene una asociación más fuerte con la conducta suicida que la misma desesperanza. En el mismo sentido, Rudd (1990) y Sun, Hui y Watkins (2006) afirman que la depresión es un mejor predictor que la desesperanza en población no-clínica o preclínica; mientras que ésta es mejor predictor en la población clínica.

Algunos autores proponen que las características de la depresión que más se asocian con las conductas suicidas son: a) la cronicidad del trastorno de estado de ánimo, siendo mayor el riesgo en casos de depresión mayor y de distimia, y b) la gravedad de la depresión (Buendía, Riquelme y Ruiz, 2004).

Tal vez, esta fuerte asociación entre depresión y conducta suicida se deba a que ambos fenómenos comparten procesos similares, como por ejemplo la tríada cognitiva de Beck, ya que en los suicidas se halla: a) una visión negativa de sí mismo, como se manifiesta en los bajos niveles de autoestima; b) una visión negativa de la situación, en la que se valoran más negativamente los eventos vitales; y c) una visión negativa del futuro, toda vez que la desesperanza está típicamente presente en los casos de conductas suicidas en los adolescentes (De Wilde, Kienhorst y Diekstra, 1996).

De otro lado, Konick y Gutiérrez (2005) señalan que la presencia y asociación de la depresión en casos de suicidio se ve fortalecida por la aparición de otros factores adicionales que contribuyen a la depresión, como es el caso del estrés vital, el aislamiento social, las deficiencias en estrategias de afrontamiento y las presiones financieras, los cuales están presentes frecuentemente en los jóvenes e incrementan su vulnerabilidad a desarrollar un trastorno depresivo. Rudd (1990) demostró que la depresión es un mediador eficaz entre los eventos vitales estresantes y la conducta suicida.

En el estudio de Konick y Gutiérrez (2005) se demuestra que la depresión es un predictor directo de la ideación suicida en jóvenes, constituyéndose en el factor de riesgo más fuerte en comparación con la desesperanza y en un mediador de la relación entre eventos vitales estresantes e ideación suicida.

Por su parte, Field, Diego y Sanders (2001) hallaron que la tristeza fue el predictor más fuerte de las ideas suicidas en estudiantes de secundaria, que la depresión y la ira, demostrando con esto que no se requieren niveles clínicos de depresión para que exista riesgo de ideación suicida, sino que la presencia de niveles importantes de tristeza puede, *per se*, representar un riesgo importante.

Sun, Hui y Watkins (2006) encontraron una fuerte correlación entre depresión e ideación suicida en un estudio realizado con 433 estudiantes de secundaria. Estos autores concluyen que cuando los adolescentes perciben una

baja cohesión familiar y altos conflictos intra familiares, se sienten desvalorizados, lo que conlleva a niveles significativos de depresión que a su vez hace posible que se presente la ideación suicida como una manera de afrontar tal situación.

En el estudio desarrollado por Nugent y Williams (2001) con una muestra no probabilística de voluntarios que asistieron a agencias de ayudas, se encontró que después de controlar por las características demográficas, la relación entre autoestima y gravedad de la ideación suicida depende a su vez de la gravedad de la depresión, así como del género.

Finalmente De Man (1999) en dos muestras (anglo-canadienses y franco-canadienses) de estudiantes universitarios, demostró que la depresión explica el 41% de la variación de la Ideación suicida y que la mayoría de relaciones de otras variables con esta conducta suicida se veía disminuida significativamente cuando se controlaba el efecto de la depresión. De esta manera, plantea que es posible que muchas variables vean exacerbada su relación con los pensamientos suicidas, a partir de la presencia de la depresión.

En un estudio con 521 adolescentes, Metha, Chen, Mulvenon y Dode (1998) encontraron que la depresión era un fuerte predictor del riesgo suicida, especialmente para mujeres, en las cuales el efecto era más bien directo; mientras que en los hombres la depresión también tenía un efecto indirecto a través de la desesperanza y el consumo de sustancias psicoactivas.

Estas investigaciones son una muestra de la gran cantidad de estudios que demuestran el importante carácter predictivo que tiene la depresión frente a las conductas suicidas, ya sean éstas ideas, intentos o simplemente riesgo suicida. Estos elementos hacen obligatoria la inclusión de la depresión dentro de los modelos predictivos de las conductas suicidas, y en especial de la ideación, como inicio causal en el espectro suicida.

Desesperanza

*Para que seguir riendo cuando siento que no estás
 Para qué quiero los mares si mi barco se hundirá
 Para qué seguir viviendo si a lo lejos tu estás..
 Que las fuerzas se me agotan
 Mi alma está por comenzar
 Otro día de silencio el que acaba de pasar
 Pasa y pasan los minutos en mi oscura soledad
 EL SONIDO DEL SILENCIO (ALEX CAMPOS)*

Definición

“Desesperanza”, implica un gran sentimiento de pérdida de ánimo, la imposibilidad de poder imaginar que en el futuro puedan suceder mejores cosas que las actuales o la pérdida de la confianza en que las cosas puedan cambiar y ser mejores (Córdova, Rosales y Eguiluz, 2005).

La desesperanza ha sido considerada como una propuesta teórica de un tipo específico de depresión en lo que ha sido denominado los enfoques interactivos de la depresión. Esta propuesta se basa en el concepto de factores de vulnerabilidad cognitiva, el cual consiste en ciertos estilos cognitivos que, permaneciendo latentes, se activan cuando la persona enfrenta ciertos estresores o eventos vitales negativos e importantes (Abramson *et al.*, citados por Soria *et al.*, 2004).

En la literatura se distinguen dos posturas clásicas frente al concepto de la desesperanza, las cuales, si bien son diferentes, tienen elementos comunes y, también, complementarios. Por un lado se encuentra la teoría de Desesperanza-Depresión de Abramson, Metalsky y Alloy (1989); y por el otro la teoría de la Desesperanza de Beck (Beck, Weissman, Lester y Trexler, 1974).

La teoría de la desesperanza-depresión (Abramson, Metalsky y Alloy, 1989) propone que ciertos estilos inferenciales (formas habituales de percibir las

causas y los significados de los eventos) predisponen a los individuos a la desesperanza cuando se enfrentan a eventos vitales. Esta teoría define tres estilos inferenciales diferentes acerca de: sí mismo, las consecuencias y las causas. El estilo inferencial sobre el sí mismo se refiere a la tendencia a elaborar inferencias negativas acerca de sí (valía personal, deseabilidad, capacidades, etc.) dado que ha ocurrido un evento negativo. El estilo inferencial sobre las consecuencias se refiere a la tendencia a catastrofizar las consecuencias de los eventos negativos y a verlas como importantes, imposibles de cambiar y afectando muchas áreas de la propia vida. Finalmente, el estilo inferencial sobre las causas se refiere a atribuir los eventos negativos a causas globales y estables (Abela, Brozina y Seligman, 2004).

Esta forma de ver la realidad y las situaciones que se viven contribuyen a generar un estado de desesperanza, la cual es definida como la expectativa de que algo negativo va a ocurrir, unido a un sentimiento de indefensión sobre la posibilidad de hacer algo para evitarlo (Manrique, 2004).

Es importante aclarar que la teoría de la desesperanza tiene sus inicios en la línea de trabajo inspirada en la indefensión aprendida, formulada por Seligman en la década de los 70, la cual surgió de trabajos experimentales en el paradigma escape-evitación, cuyos hallazgos se equipararon a las situaciones vividas por sujetos humanos, en los que se presenta la depresión cuando los intentos infructuosos por controlar el ambiente conllevan a una percepción de incontrolabilidad. Es decir, se consideró que la expectativa de inmodificabilidad de los resultados produce los síntomas cognitivos, motivacionales, emocionales y comportamentales típicos de la depresión (Riso, 1992).

Se propuso entonces que una historia de fracasos en el manejo de situaciones y una historia de reforzamientos sobre una base no contingente que no haya permitido que el sujeto aprenda las complejas aptitudes necesarias para controlar el ambiente, conllevan a generar una visión de independencia entre la conducta y la contingencia. Así pues, las personas con desesperanza parecen

sentirse incapaces de controlar su entorno, al creer que, independientemente de lo que hagan, no podrán transformar las cosas (Sanz y Vázquez, 1995).

En la teoría reformulada de la indefensión aprendida, propuesta por Abramson, Seligman y Teasdale (1978), se planteó que ante una situación de no contingencia en la persona, era tal percepción la que le llevaba a formarse expectativas de no contingencia futura (Soria *et al.*, 2004). En otras palabras, las atribuciones que realice un sujeto son las que en realidad juegan un papel mediador para que ocurra un incremento del afecto negativo. A juicio de Abramson, Seligman y Teasdale (1978), la percepción de indefensión incrementa su probabilidad cuando los eventos negativos intensos o frecuentes son atribuidos a causas internas (que producen un descenso en la autoestima), estables (generando expectativas de incontrolabilidad en situaciones futuras) y globales (provocando una generalización de la sensación de incontrolabilidad a una gran cantidad de situaciones diferentes); mientras que las situaciones de éxito se atribuyen a causas externas, inestables y específicas (Dowd, 2004).

Además de estos tres elementos, Abramson, Metalsky y Alloy (1989) propusieron un cuarto factor: el motivacional. Así pues, la desesperanza-depresión solamente ocurriría en aquellas situaciones en las cuales la expectativa de incontrolabilidad se refería a la pérdida de control de un suceso altamente deseable o a la ocurrencia de un evento altamente aversivo (castigo negativo y positivo, respectivamente).

Finalmente, las expectativas de incontrolabilidad determinantes de los síntomas depresivos en estos modelos pasan a denominarse expectativas de desesperanza, entendidas como la expectativa de que algo negativo va a ocurrir, unido a un sentimiento de indefensión con respecto a la posibilidad de hacer algo para evitarlo.

Una segunda formulación del concepto de desesperanza parte de los postulados iniciales de Beck (citado por Aliaga *et al.*, 2006) sobre la depresión, en

los que sugiere la existencia de esquemas a través de los cuales las personas filtran e interpretan sus experiencias. Las personas con tendencia a la depresión desarrollan esquemas negativos distorsionados que se ponen en funcionamiento ante situaciones de estrés. Cuando se activan dan lugar a la *tríada cognitiva* que consiste en: (a) una visión negativa de si mismo (sentirse defectuoso, inadecuado y carente de virtudes), a lo que se denomina autoestima negativa; (b) una visión negativa del funcionamiento presente, o lo que en su momento se llamó una atribución negativa, la cual es la tendencia a interpretar las experiencias propias en forma negativa, lo que lleva a la persona a sacar conclusiones igualmente negativas; y (c) una visión negativa del futuro. Este último aspecto es la desesperanza (pesimismo) que, conviene precisar, no sólo subyace a la depresión sino también a otros desórdenes psicológicos (Córdova *et al.*, 2005; Aliaga *et al.*, 2006).

Estos esquemas dan lugar a creencias y actitudes negativas que conllevan a los llamados errores cognitivos asociados a la depresión: inferencias arbitrarias, abstracción selectiva, generalización excesiva, magnificación y minimización, personalización, y pensamiento absolutista y dicotómico (Figueras, 2006), los cuales distorsionan la experiencia subjetiva del individuo acerca de la realidad externa (Velting, 1998).

Así pues, Beck (citado por Aliaga *et al.*, 2006) define a la desesperanza como las actitudes o expectativas negativas acerca del futuro en las que predominan sentimientos de desesperación, decepción y desilusión, razones por las cuales se considera a la desesperanza como un patrón cognitivo característico, consistente en atribuciones negativas del futuro.

A juicio de Beck (citado por Córdova *et al.*, 2005) las características de la desesperanza son fundamentalmente: (a) un embotamiento emocional; es decir, la tendencia a establecer una similitud o continuidad entre el presente y el futuro, por lo cual la vida se vuelve monótona y no se distingue entre un “antes” y un “después”; y (b) un autoconcepto negativo. Las expectativas negativas que tienen

estas personas son tan intensas que incluso cuando logran un éxito en alguna tarea específica esperan fallar en la siguiente ocasión, o piensan que lo que pasó se dio por pura casualidad y no como un resultado del propio esfuerzo, por lo que se evidencia una falla en la integración de las experiencias exitosas.

En conclusión, la persona desesperanzada cree: (1) que nunca podrá salir adelante por sí mismo, (2) que nunca tendrá éxito en lo que intente, (3) que nunca podrá alcanzar objetivos importantes y (4) que nunca podrá solucionar los diversos problemas que afronte en la vida.

De esta manera, la desesperanza implica una orientación total del individuo hacia el fracaso, razón por la cual los problemas tienden a concebirse como irresolubles, lo cual le inmoviliza y lleva a inadecuadas estrategias de afrontamiento que agudizan o agravan los problemas, reforzando así la visión de baja auto eficacia que las personas tenían originalmente. En consecuencia, el sistema cognitivo del individuo pareciera estar programado para obstruir la integración de experiencias positivas y exitosas, y en vez de ello filtra sólo las negativas y las magnifica.

Desesperanza y suicidio

Una considerable evidencia indica que la desesperanza, al ser un estado cognitivo-motivacional caracterizado por las expectativas negativas, es una característica central de la depresión y juega un papel importante al mediar las relaciones entre síndromes depresivos y conducta suicida (Velting, 1998).

Beck (citado por Joiner y Rudd, 1996) propone que la desesperanza podría ser un mediador de la relación entre variables “fuente” (p.ej., depresión) y la conducta suicida; es decir, que las variables fuentes pueden contribuir a generar la desesperanza y ésta, a su vez, la conducta suicida. La desesperanza ha emergido entonces como una variable moduladora que une a la depresión con la intención

suicida. Así pues, en un análisis de regresión múltiple, la desesperanza fue 1,3 veces más importante que la depresión en explicar la ideación suicida (Beck, Steer, Beck y Newman, 1993).

La desesperanza ha sido relacionada positivamente con, y tiene un fuerte poder predictivo de, el intento y la ideación suicidas en niños y adolescentes normales, así como en pacientes psiquiátricos adultos, psiquiátricos adolescentes, esquizofrénicos, depresivos y terminales (Tanaka *et al.*, 1998; Joiner y Rudd, 1996; Chichinov, Wilson, Enns y Lander, 1998).

Se ha demostrado que el valor predictivo de la desesperanza frente a las conductas suicidas es tan fuerte que Swedo *et al.* (citados por Konick y Gutiérrez, 2005) lograron identificar el 93% de quienes habían tenido intentos de suicidio, basándose solamente en las puntuaciones de desesperanza e ideación suicida. Además, sugirieron que la gravedad de la desesperanza podría ser el mejor predictor de la repetición y letalidad de los intentos de suicidio.

Kuo, Gallo y Eaton (2004), en un estudio poblacional, luego de 13 años de seguimiento a más de 3000 personas, encontraron que la desesperanza predijo adecuadamente a los tres tipos de conductas suicidas estudiadas (suicidio, intento e ideación), en el periodo de seguimiento, aún después de controlar por otras variables relevantes. Las personas que expresaron desesperanza al inicio del estudio tuvieron una probabilidad 11,2 veces mayor de presentar un suicidio completo en el intervalo de 13 años. De igual forma, la asociación entre desesperanza y conducta suicida fue más fuerte y más estable que la asociación entre ésta y depresión o abuso de sustancias psicoactivas.

En otro estudio longitudinal a 1 año, realizado con 374 estudiantes de secundaria, Mazza y Reynolds (1998) encontraron que los cambios en la depresión y la desesperanza estuvieron significativamente asociados a los cambios en la ideación suicida, tanto en hombres como en mujeres.

En el seguimiento de 5 años a 280 pacientes depresivos, realizado por Schneider, Philipp y Müller (2001), se encontró que la desesperanza fue uno de los indicadores que permitieron la clasificación de pacientes fallecidos por suicidio, frente a los pacientes vivos o a los fallecidos por causas naturales, corroborando que la desesperanza es el factor que mejor predice el suicidio en trastornos psiquiátricos a largo plazo.

Por su parte, el estudio llevado a cabo por Joiner y Rudd (1996) prueba dos modelos que intentan explicar la relación entre soledad, desesperanza e ideación suicida. El primer modelo planteaba que la soledad influye en la ideación suicida por medio de la desesperanza (modelo mediador). El segundo modelo proponía que las relaciones entre soledad e ideación suicida son accidentales, ya que la desesperanza lleva a cada una de ellas de manera independiente y es por esta razón que se muestra una relación. En la muestra de 234 estudiantes universitarios encuestados se demostró esta segunda hipótesis; es decir, que la desesperanza es un fuerte predictor de los incrementos en la ideación suicida y en la soledad, y que sólo por esta razón el aparente valor predictivo de la soledad sobre la ideación suicida estaría explicado solamente por los efectos de la desesperanza.

De igual manera, la desesperanza se comportó como un rasgo de vulnerabilidad, más que como un estado mediador de los efectos de otras variables, pues “la desesperanza parece ser un estado persistente de la mente con consecuencias deteriorantes, a lo largo de un periodo relativamente amplio” (Joiner y Rudd, 1996, p.24).

Esta connotación de vulnerabilidad y de estabilidad en el tiempo de la desesperanza fue hallada también por Dori y Overholser (1999), quienes afirman que genera una vulnerabilidad posterior para la conducta suicida en presencia de síntomas depresivos. Estos autores concluyen que los adolescentes que experimentan mayores niveles de desesperanza durante un episodio depresivo están en un mayor riesgo de presentar conductas suicidas.

Dean, Range y Goggin (1996) en una muestra de 114 estudiantes de psicología, hallaron que la desesperanza es un mejor predictor de la ideación suicida que la depresión, al acotar el 69% de la varianza en un análisis de regresión jerárquica.

Contrario a estos hallazgos, Metha *et al.* (1998), en una investigación realizada con 521 jóvenes de educación secundaria, encontraron que la desesperanza no fue un buen predictor de la conducta suicida y que su efecto estaba mediado por la presencia de consumo de sustancias psicoactivas. La explicación que ofrecen los autores radica en los hallazgos de que la desesperanza es un buen predictor de las conductas suicidas en poblaciones clínicas, mas no en poblaciones normales.

Por su parte, Dieserund, Roysamb, Ekenberg y Kraft (2001) comprobaron un modelo de trayectorias ('path-analysis') para la predicción del intento de suicidio en un grupo de 123 personas, 72 de las cuales habían presentado por lo menos un intento de suicidio. Una de tales trayectorias estaba compuesta por Depresión-Desesperanza-Ideación Suicida. Sin embargo, el efecto de las variables distales se ve disminuido cuando se controla la ideación suicida, lo cual resta valor predictivo a la desesperanza.

Autoestima

*Lloro en mi hombro cuando nadie me entiende.
Si me siento solo miro a la luna,
Me juro amor eternamente*
CANCIÓN DE AMOR PROPIO (ISMAEL SERRANO)

Definición

En la literatura se encuentran diversos esfuerzos orientados a una adecuada definición de la autoestima, lo cual ya da por sentado que dicha tarea se torna difícil. En ese sentido, una de las definiciones más difundidas tiene que ver con que la Autoestima refleja la diferencia entre el yo ideal (cómo le gustaría ser) y el yo-actual (cómo es efectivamente). Así, Altherley sugiere que un individuo con una distancia importante entre el sí mismo real y el sí mismo ideal, desarrollará una percepción negativa de sí mismo (baja autoestima); mientras que un individuo con una distancia pequeña entre el yo ideal y el yo real desarrollará una percepción más positiva de sí mismo (alta autoestima).

Coopersmith (citado por King, 1997), definió la autoestima como “la evaluación que el individuo hace y usualmente mantiene con respecto a sí mismo” (p. 68). Posteriormente, la ‘*California Task Force to Promote Self-Esteem and Personal and Social Responsibility*’, amplió esta definición para incluir la apreciación de la propia valía e importancia y tener el carácter para ser responsable de sí mismo y actuar responsablemente hacia los demás.

Normalmente, la definición de autoestima se confunde con la de autoconcepto, hasta el punto en que en muchos casos se usan ambos términos de manera sinónima (Goraigordobil, Durá y Pérez, 2005). Ante esto, Beane y Lipka (1984) proponen que el autoconcepto y la autoestima implican dos dimensiones discretas. Así pues, el autoconcepto debería entenderse como la percepción que la persona tiene de sí misma en términos de sus atributos personales y los diferentes papeles desempeñados o llevados a cabo por el individuo. Es decir, es sólo una descripción del yo percibido y no implica ningún juicio de valor.

Por el contrario, la autoestima hace referencia a la evaluación que la persona hace de su propio autoconcepto, más específicamente, del grado en el cual está satisfecha o insatisfecha con él, ya sea de manera global o en alguna de sus dimensiones. En este sentido, Groholt *et al.* (2005) definen a la autoestima como el componente auto evaluativo del autoconcepto.

Esta división es explicada por Fierro (citado por Goraigordobil *et al.*, 2005), a partir de considerar que los procesos de autoconocimiento implican también la presencia de dos tipos de procesos de juicio: los descriptivos y los evaluativos. Los juicios descriptivos tienen que ver con cómo son las personas realmente, tomando en cuenta variables como edad, sexo, profesión, características físicas, conductas, etc. Por su parte, los juicios evaluativos están relacionados con la apreciación o evaluación que las personas aplican a cada una de sus propias características.

Por ejemplo, si una persona se describe a sí misma como delgada, puede sentirse feliz o triste por verse de esa manera. El autoconcepto se referirá a la percepción de delgadez; mientras que la autoestima podría referirse a los sentimientos que tal percepción le genera (alegría o tristeza). Específicamente para el caso de la autoestima, es aceptable entonces considerar que se pueden dar evaluaciones positivas, negativas o neutrales.

Similares postulados plantean Goraigordobil *et al.* (2005), quienes afirman que las relaciones entre auto-concepto y auto-estima son de naturaleza jerárquica. Estos autores consideran que todas las aseveraciones autodescriptivas normalmente implican declaraciones evaluativas, ya que siempre traen implícito algún grado de evaluación. En esa vía, Cardenal y Ferro (2003) definieron al autoconcepto como un grupo de declaraciones descriptivas y evaluativas acerca de sí mismo, afirmando que el autoconcepto representa la forma en la cual las personas se representan, conocen y evalúan a sí mismos; mientras que la

autoestima es, estrictamente hablando, el componente evaluativo del autoconcepto.

Autoestima y salud mental

Rosenberg *et al.* (1995) consideran que la autoestima global es definitivamente el mejor predictor del bienestar psicológico. Para esta aseveración, ellos se basan en la teoría de la “auto-realización” (*‘self-enhancement’*) propuesta por Baumeister, la cual establece que la autoestima es un motivo humano fundamental. Así, el motivo de la autoestima (también llamado motivo del auto-mantenimiento o de la auto valía) había sido identificado por Maslow (1970) como una de las más importantes necesidades humanas. Estas teorías comparten la visión de que en el ser humano existe un deseo universal de proteger y engrandecer sus sentimientos de auto-valía y que la frustración de tal deseo genera alguna forma de estrés psicológico. El mantenimiento de la autoestima conlleva a los motivos de auto-protección, los procesos de auto-engrandecimiento y a una gran variedad de procesos de afrontamiento. Ello explicaría porqué las personas cuando comparan su autoconcepto con un estándar, tienden a escoger aquel que les sea más afín y, por ende, más cercano, lo que conllevaría a una mejor valoración de su yo real y en consecuencia a una mayor autoestima.

De igual forma, Owens (1994) demuestra que la auto-desaprobación ocurre en personas inestables en las relaciones consigo mismas y con los demás y quienes reportan experimentar estrés psicológico y emocional; mientras que la auto valía positiva se asocia más a actitudes y conductas prosociales y al bienestar psicológico.

Las relaciones entre autoestima y bienestar psicológico han sido demostradas ampliamente en la investigación, tal como lo afirman Vázquez, Jiménez y Vázquez (2004) al encontrar estudios que relacionan a la autoestima

con la depresión, los trastornos alimentarios, los trastornos de personalidad y los trastornos de ansiedad.

Específicamente, Rosenberg *et al.* (1995) en un estudio con 2213 estudiantes de décimo grado hallaron que la autoestima global tenía relaciones negativas estadísticamente significativas con depresión, anomia, ansiedad general, resentimiento, ansiedad /tensión, irritabilidad y estados afectivos negativos; mientras que tenía relaciones positivas estadísticamente significativas con satisfacción con la vida y felicidad.

Guillon, Crocq y Bailey (2003), compararon un grupo de 76 pacientes psiquiátricos adolescentes que presentaban trastornos psicóticos, depresivos, de ansiedad, de personalidad, de conducta o anorexia nerviosa, con un grupo control de 119 adolescentes tomados de una población normal. El primer hallazgo fue que los pacientes psiquiátricos presentaban niveles significativamente bajos de autoestima frente al grupo control y que las pacientes mujeres tenían también niveles menores frente a los pacientes hombres. De igual forma se hallaron menores niveles de autoestima en pacientes con diagnóstico de episodio depresivo mayor y en aquellos adolescentes que desertaron de la escuela. Se encontró igualmente que los niveles de autoestima disminuían a medida que se aumentaba el aislamiento social del paciente.

Por su parte, Goraigordobil *et al.* (2005) encontraron en una muestra de 322 adolescentes, que la autoestima tiene relaciones negativas significativas con problemas escolares, conductas antisociales, timidez, trastornos psicopatológicos, problemas de ansiedad y problemas psicosomáticos; así como relaciones positivas con ajuste social, por lo que concluyen que una alta autoestima está relacionada con una buena salud mental.

Finalmente, Locker y Cropley (2004) hallaron una relación negativa estadísticamente significativa entre autoestima y ansiedad y depresión, planteando que la autoestima cumple una función de amortiguador (*'buffer'*) frente a estas

dos problemáticas y que la información que incrementa la autoestima también puede ayudar a evitar la de los síntomas ansiosos o depresivos.

Autoestima y Suicidio

Rosenberg (citado por Groholt *et al.*, 2005) afirma que cuando la autoestima es baja; es decir, cuando se da una autoevaluación negativa, ésta normalmente está acompañada de reacciones emocionales que pueden implicar las conductas autodestructivas.

En ese sentido, Groholt *et al.* (2005) afirman que la baja autoestima se ha asociado con emociones problemáticas tales como la depresión y la soledad. Tras la revisión de literatura, estos autores consideran que se ha demostrado que la depresión y la baja autoestima son dos factores que predicen la ideación suicida y el intento de suicidio. Así pues, varios estudios muestran que la autoestima es un predictor independiente de la conducta suicida; mientras que otros han encontrado que cuando se controla por la depresión, la autoestima pierde todo su valor predictivo.

Por su parte, Lieberman, Solomon y Ginzburg (2005) encontraron en la literatura que existe asociación entre la autoestima y el ajuste mental de niños y adolescentes. Una baja autoestima y un autoconcepto negativo generalmente están acompañados por sentimientos de desvaloración, inferioridad, soledad, depresión, ansiedad y culpa, socavando los valores de autorrealización y las habilidades personales, así como previniendo el ajuste e integración social de la persona. Estas circunstancias hacen más probable la aparición de las conductas suicidas, en general, y de la ideación suicida, en particular.

En el estudio comparativo, llevado a cabo con 65 adolescentes hospitalizados después de un intento de suicidio y 390 adolescentes no suicidas de una muestra comunitaria, Groholt *et al.* (2005) encontraron que los adolescentes

suicidas tenían baja autoestima, una evaluación negativa de sus propias competencias y un autoconcepto negativo estable. Los adolescentes suicidas tenían menores niveles de autoestima que los no-suicidas en todos los dominios evaluados; reportaron más problemas de soledad, afecto depresivo y conducta disruptiva. En este estudio, se encontró igualmente que la depresión y la soledad influyen en la baja autoestima y, en conjunto, todas influyen en la presencia de ideas suicidas.

En su estudio con pacientes psiquiátricos, Guillon, Crocq y Bailey (2003) encontraron que los adolescentes con una historia de intentos de suicidio mostraron niveles de autoestima significativamente menores que los no suicidas.

En un estudio de comunidad, con la participación de 11.718 estudiantes de secundaria, entre los cuales 1078 tuvieron un intento de suicidio en su vida, Pagés *et al.* (2004) encontraron que la baja autoestima, la depresión, el consumo de sustancias y el huir de casa fueron factores de riesgo significativamente asociados a la presencia de intentos de suicidio.

Carrigan (1994), con el objeto de investigar y resaltar las necesidades psicológicas percibidas por las personas que han sobrevivido a un intento de suicidio por envenenamiento, llevó a cabo un estudio exploratorio en el que identificó que las principales necesidades de estas personas fueron: la necesidad de ser amado, la necesidad de mantener un alto nivel de autoestima, la necesidad de tener el control de la propia vida y la necesidad de ser apoyados.

Por su parte, Vilhjalmsson, Kristjansdottir y Sveinbjarnardottir (1998) encontraron que la baja autoestima se relacionaba de manera altamente significativa con los niveles de ideas suicidas en una muestra de 825 adultos.

Wild, Flisher y Lombard (2004) realizaron un estudio con una muestra de 939 estudiantes de los grados 8° a 11° de secundaria, con el fin de evidenciar la influencia de la depresión y la autoestima sobre la conducta suicida en la

adolescencia. Haciendo uso de análisis de regresión logística multinomial, hallaron que la depresión y seis medidas de la autoestima (pares, escolar, familiar, corporal, deportiva y global) se relacionaron significativamente tanto con los intentos de suicidio, como con las ideas suicidas. De igual forma, pudieron establecer que los adolescentes con altas puntuaciones de depresión y bajas puntuaciones de autoestima tuvieron mayor probabilidad de reportar ideación e intentos suicidas que los adolescentes con menores puntuaciones de depresión y mayores puntuaciones de autoestima. De igual forma, hallaron que la única variable que diferenció significativamente a quienes habían presentado intentos de suicidio frente a quienes sólo tuvieron ideas suicidas fue la autoestima familiar, pues quienes tenían puntuaciones menores en esta dimensión presentaban 2,4 veces más riesgo de intentos de suicidio que quienes tenían puntuaciones mayores. No obstante, cuando se controló el efecto de interdependencia entre las variables, se halló que las únicas que predijeron adecuadamente la presencia de ideas o intentos suicidas fueron la depresión y la autoestima familiar.

Apoyo Social

*Cuando estés triste y preocupado
Y necesites alguien que te cuide
Y nada, nada esté bien
Cierra tus ojos y piensa en mí
Y pronto estaré ahí
Para iluminar incluso tu noche más oscura
YOU'VE GOT A FRIEND (CAROLE KING)*

Definición

Hablar de una definición del Apoyo Social es una tarea particularmente difícil, toda vez que se han planteado diferentes intentos de definición, sin que ninguno de ellos sea ampliamente aceptado.

Inicialmente, es pertinente partir del concepto de red social, asumiendo que es un conjunto de lazos o relaciones entre los miembros de un grupo o colectivo. Ahora bien, en la medida en que la red social le proporciona asistencia técnica y tangible, apoyo emocional, sentimientos de estar cuidado, autoestima, etc., dicha red social le proporciona apoyo social a la persona.

El apoyo social no coexiste con la red social, sino que depende de otros factores, más allá de la amplitud de las relaciones o la frecuencia de la interacción. Sin embargo, para que haya apoyo social se requiere contar con la red social.

Por ello, una de las definiciones más completas de Apoyo Social es la propuesta por Lin, Dean y Ensel (1986), en la que es entendido como el conjunto de provisiones instrumentales y/o expresivas, reales y percibidas, aportadas por la comunidad, redes sociales próximas y las personas de confianza; y que se pueden producir tanto en situaciones cotidianas como de crisis (Quiles, Terol y Quiles, 2003).

El nivel comunitario o macro se relaciona con el sentimiento de pertenencia a integración en el entramado social que representa la comunidad en

su conjunto como organización. El nivel de las redes sociales próximas o medio comprende el apoyo social recibido como consecuencia de las interacciones sociales que tienen lugar en un entorno social más próximo a la persona (vecindario, trabajo, clubes, etc.) y que le dan sentido de vinculación. Finalmente, el nivel de las relaciones íntimas o micro, proviene de aquellas personas con las que el individuo mantiene una vinculación natural más estrecha (familia, amigos, pareja) y que da lugar a un sentimiento de seguridad, a la vez que de compromiso y responsabilidad por su bienestar (Rodríguez y Enrique, sin fecha)

Esta definición implica tres aspectos fundamentales en el estudio y conceptualización del apoyo social: a) los niveles de análisis, b) las perspectivas de estudio y c) la diferenciación entre aspectos objetivos y subjetivos del apoyo social.

En lo que se refiere al nivel de análisis, Barrón (1996) parte de aceptar que el apoyo social es la ayuda accesible a un sujeto, a través de los lazos sociales de otros sujetos, grupos y comunidad global. A nivel comunitario, el apoyo social proporciona una sensación de pertenencia e integración social; es decir, el estar implicado en determinados roles y contextos sociales. En segundo lugar, las redes sociales aportan un sentido de unión con los demás, así sea de forma indirecta. Finalmente, las transacciones que ocurren dentro de las relaciones más íntimas, en las cuales se esperan intercambios recíprocos y mutuos y la responsabilidad por el bienestar es compartida.

Pasando al tema de las perspectivas de abordaje, algunas definiciones de apoyo social toman en cuenta los aspectos estructurales, lo que se denominan redes o vínculos sociales; mientras que otros analizan los aspectos funcionales o expresivos del apoyo social (Calvo y Díaz, 2004).

En la perspectiva estructural, se toman en cuenta la interconexión entre los individuos y sus vínculos sociales, como un mapa de redes de afiliación, que envuelven a una variedad de dimensiones que lo componen, tales como la

cantidad de vínculos, la interrelación entre los miembros de la red, la homogeneidad de los miembros de la red, etc.

Desde esta perspectiva, Mitchell (citado por Gómez, Pérez y Vila, 2001) define a la red social como un conjunto específico de vinculaciones entre un conjunto definido de personas; es decir, los lazos directos e indirectos que unen a un grupo de individuos según criterios definidos, como la relación de parentesco, de amistad o de conocimiento, siendo sus características más relevantes: a) el tamaño de la red; es decir, el número de personas calificadas como importantes para un sujeto y con las que habitualmente se relaciona, b) densidad, o sea la interconexión entre las personas que forman parte de la red, independientemente del sujeto central, c) reciprocidad o el grado en el que los recursos de la red son intercambiados equitativamente entre las partes y d) homogeneidad, entendida como la semejanza o congruencia entre los miembros de la red en una dimensión determinada (Lemos y Fernández, 1990).

No obstante, a juicio de Gómez, Pérez y Vila (2001), cuando se toman en cuenta este tipo de concepciones, se presuponen dos hechos cuestionables: en primer lugar, que cualquier beneficio es directamente proporcional al tamaño y rango de la red y, en segundo lugar, que tener relaciones es equivalente a tener apoyo, concepciones que desconocen las demandas, restricciones y conflictos de las relaciones sociales.

La segunda perspectiva, la funcional, se interesa por el contenido de los vínculos sociales, la provisión eficaz del apoyo social y los procesos que se involucran en ella; es decir, en cuáles son los recursos sociales que el individuo posee y cómo accede a ellos.

De igual manera, esta perspectiva funcional centra su atención en la naturaleza de las interacciones que suceden en las relaciones sociales y cómo son evaluadas por el individuo. Así pues, la percepción de apoyo social involucra una

evaluación previa, por parte del sujeto, de si una relación es útil o no y, en caso de serlo, cuán útil es.

Con respecto a la función de los intercambios sociales, se han distinguido tres grandes tipos:

1. Función de apoyo emocional, que se refiere a la disponibilidad de alguien con quien hablar e incluye aquellas conductas que fomentan los sentimientos de bienestar afectivo y que provocan que el individuo se sienta amado y respetado y que crea que cuenta con personas que pueden proporcionarle cariño y seguridad. Implica la demostración de aspectos como intimidad, apego, confort, cuidado y preocupación y las muestras de empatía, amor y confianza.

2. Función de apoyo material o instrumental, que se relaciona con la prestación de ayuda o asistencia material, así como las conductas dirigidas a solucionar un problema práctico de la persona receptora o a facilitarle la realización de tareas cotidianas.

3. Función de apoyo informacional que implica consejo, guía o información pertinente a la situación; es decir recibir información útil para comprender su mundo y/o ajustarse a los cambios que existen en él, como por ejemplo a afrontar un problema (Calvo y Díaz, 2004; Matud *et al.*, 2002; Barrón, 1996).

De manera adicional a estas dos perspectivas, Barrón (1996) propone una tercera: la perspectiva contextual, en virtud de la cual se considera que lo adecuado del Apoyo Social se debe considerar en el contexto ambiental y social en el que es recibido. Por esta razón, la autora propone la necesidad de tomar en cuenta los siguientes aspectos contextuales:

1. Características de los participantes, ya que en función de su procedencia de una fuente u otra (familia, amigos, pareja, compañeros de trabajo, etc.) el mismo tipo de apoyo puede ser aceptable o inaceptable, así como eficaz o no.

2. Momento en el que se da el apoyo, pues las necesidades de ayuda cambian según se afronta la situación estresante. En otras palabras, el momento en que se ofrece el apoyo está ligado al afrontamiento y a las fases del mismo.

3. Duración que se refiere a la habilidad de los donantes para mantener y/o cambiar el apoyo durante el tiempo.

4. Finalidad, entendida como la adecuación entre el apoyo que se da y las necesidades suscitadas por el problema concreto.

El tercer aspecto de la definición de Lin, Dean y Ensel (citados por Barrón y Sánchez, 2001) se centra en la diferencia entre apoyo social objetivo y apoyo social subjetivo; es decir, en los recursos efectivamente intercambiados y sus funciones o en la percepción que tiene de ellos el receptor del apoyo social (Calvo y Díaz, 2004).

Entender el apoyo social desde el punto de vista subjetivo implica conceptualizarlo en términos cognitivos, como percepción de que: a) se es amado, querido, etc.; b) se cuenta con personas a quienes recurrir en caso de necesidad y c) que se recibirá la ayuda requerida. Este tipo de apoyo social se caracteriza por la valoración cognitiva de estar conectado de manera fiable con otros y se evalúa preguntando a las personas en qué medida creen que disponen de apoyo social (Matud *et al.*, 2002).

Desde esta perspectiva, la definición de Cobb (citado por Barrón, 1996) es la más representativa, al concebir al apoyo social como información perteneciente a una de estas tres clases: a) información que lleva al receptor a creer que es amado y que hay personas que cuidan de él, b) información que le lleva a creer que es estimado y valorado y c) información que le lleva a creer que pertenece a una red de comunicaciones y obligaciones mutuas.

De otro lado, el apoyo objetivo, no es ya cognitivo, sino que se evalúa normalmente por medio de la observación directa o, de forma retrospectiva,

preguntando a la persona por determinadas conductas de apoyo concreto que recibió en un momento determinado (Matud *et al.*, 2002).

Para concluir, Vaux (1988) considera que lo más adecuado es entender al Apoyo Social como un meta-constructo, compuesto, a su vez, por varios constructos, los cuales pueden ser clasificados como: recursos de la red de apoyo, actos de apoyo específicos y evaluación subjetiva del apoyo.

Los recursos de la red son el tamaño, la estructura y el tipo de relaciones características. Por su parte, los actos de apoyo son las conductas específicas, tales como escuchar, confortar, aconsejar, prestar dinero, etc. Finalmente, la evaluación subjetiva del apoyo estaría conformada por las percepciones y/o creencias del individuo que está incluido en un grupo, y que es cuidado, respetado, y tenido en cuenta en sus necesidades, por otros (Gómez, *et al.*, 2001).

Apoyo social y salud

El apoyo social ha sido ampliamente conocido por sus efectos benéficos y se ha sugerido que la percepción del apoyo social es un mejor predictor de los resultados de salud, que el apoyo social recibido efectivamente (Matud *et al.*, 2003). De igual manera, se ha encontrado que las personas más aisladas tenían menos salud física y psicológica y más probabilidad de morir; mientras que existen también relaciones positivas entre el apoyo social y bienestar (Matud *et al.*, 2002).

Los estudios que examinan los componentes del apoyo social han sugerido que tanto los componentes individual como global del apoyo social percibido, están asociados con un menor número de síntomas autoreportados de 'distress' y psicopatología (depresión, neurosis, conductas suicidas y esquizofrenia), ya que las personas que sufren de estos trastornos tienen, por lo general, redes más pequeñas, menos recíprocas, en las que se intercambian menos recursos que

permitan cumplir las principales funciones del apoyo social (Matud *et al.*, 2002; Barrón, 1996; Lemos y Fernández, 1990).

De igual forma, la presencia de adecuados niveles de apoyo social se ha asociado con un menor número de síntomas de enfermedad y con mayores niveles de ajuste a la enfermedad (Matud *et al.*, 2002).

A pesar de esta evidencia, no son claros los mecanismos que puedan explicar estas relaciones, razón por la cual muchas investigaciones se enfocaron a su identificación. De hecho, desde un principio se plantearon dos efectos del apoyo social, que dieron lugar a las perspectivas que se conocen como hipótesis del efecto directo e hipótesis del efecto de amortiguación.

La primera, hipótesis de efectos directos o principales (*'main or direct effects model'*), defiende que el apoyo social, en tanto que es indicativo de la integración del sujeto en su ambiente social, tiene un efecto directo sobre la salud y el bienestar, independientemente del nivel de estrés. Es decir, a mayor nivel de apoyo social menor será el malestar psicológico experimentado, y a menor grado de apoyo social mayor será la incidencia de trastornos, independiente de si la persona está expuesta a estresores o no, de su sexo, de sus patrones de personalidad, edad, estado civil, etc.; es decir, que el apoyo social deberá seguir influyendo en la predicción y explicación de las variaciones de la salud de las personas, a pesar del efecto (máximo o mínimo) de éstos otros aspectos (Lemos y Fernández, 1990).

En cuanto a la hipótesis del efecto de mediación o amortiguación (*'buffer effects model'*), se establece que el apoyo social es esencialmente un moderador de otros factores que influyen en el bienestar, en concreto los acontecimientos vitales estresantes; es decir, supone que los estresores sociales sólo tienen efectos negativos en aquellos sujetos con un bajo nivel de apoyo social y que en ausencia de estresores el apoyo social no tiene un efecto importante en el bienestar del individuo.

No obstante lo anterior, la revisión hecha por Cohen y Wills (1985), respecto a la asociación existente entre apoyo social y bienestar concluye que ambos modelos tienen buena evidencia demostrativa. Así, el efecto de amortiguación se encuentra cuando la medida del apoyo social valora los recursos interpersonales cuyas funciones de apoyo en la autoestima y en el suministro de información responden a las necesidades elicítadas por los estresores. Por su parte, el efecto directo se encuentra cuando la medida del apoyo social valora el grado de integración del sujeto en una red social amplia, utilizando múltiples índices de la estructura social.

Finalmente, Cohen y Syme (citados por Barrón, 1996) proponen que los efectos benéficos del apoyo social sobre el bienestar de las personas pueden deberse a la percepción de las personas de que obtendrían ayuda en caso de experimentar eventos vitales estresantes o por estar integrados a una red social. La percepción de ayuda potencial provocaría una mejora general del estado de ánimo positivo, de la autoestima, de la capacidad de afrontamiento de los problemas y de la estabilidad de la propia situación vital, así como suministraría experiencias positivas de afecto, sensaciones de control sobre el ambiente y reconocimiento de la valoración personal. Dichos estados psicológicos influyen en la susceptibilidad a la enfermedad física, bien por sus efectos en el sistema neuroendocrino o inmunológico, bien por provocar cambios en conductas que promueven la salud. Por el contrario, la falta de relaciones sociales conduce a estados psicológicos negativos, como la ansiedad y la depresión. A su vez, estos estados pueden llegar a tener influencia sobre la salud, ya sea a través de un efecto directo sobre los procesos fisiológicos que influyen en la susceptibilidad de la enfermedad, o por medio de los patrones de conducta que incrementan su riesgo de aparición (Lemos y Fernández, 1990; Barrón, 1996).

Desde el punto de vista del modelo de amortiguación, el apoyo social podría modificar la valoración que la persona hace de los estresores, afectar las

percepciones que tiene de sí mismo o cambiar los patrones de las conductas de afrontamiento al estrés (Lemos y Fernández, 1990).

Por otro lado, la pertenencia a redes sociales aumenta la sensación de predictibilidad, estabilidad y control, al ofrecer una oportunidad de tener interacciones sociales regularizadas, con el ‘feedback’ subsiguiente que permite adoptar roles y conductas apropiadas. Nuevamente, estos estados psicológicos afectarían a la salud por su influjo en respuestas fisiológicas o conductuales. Además, la retroalimentación y guía de los demás, ayuda a evitar estresores que podrían aumentar el riesgo de trastornos (Barrón, 1996).

Apoyo social y suicidio

Diversas investigaciones indican que el aislamiento social, el sentido de rechazo o desapego, la alienación y la insatisfacción con las relaciones sociales están asociadas con el incremento de las conductas suicidas, en general, y de la ideación suicida, en particular (Lieberman, Solomon y Ginzburg, 2005; González-Forteza, Mariño, Mondragón y Medina-Mora, 2000).

Aplicando los dos modelos explicativos del efecto del apoyo social en la salud mental, al caso de la ideación suicida, se puede plantear que en un modelo mediacional, el efecto del apoyo social sobre la ideación suicida estaría mediado por el nivel de ajuste; es decir, que el apoyo social tiene un impacto positivo directo sobre los niveles de ajuste. Una ausencia o disminución del apoyo social percibido genera estrés, que a su vez produce dificultades de ajuste, asociadas con el desarrollo de la ideación suicida. Por su parte, el modelo moderador, implicaría que el apoyo social impide (obstaculiza) los efectos negativos causados por la exposición al estrés. Así, las asociaciones entre el nivel de ajuste y la ideación suicida estarían mediadas por el apoyo social.

Bearman y Moody (2004) en un estudio poblacional con estudiantes de secundaria de los Estados Unidos, encontraron relaciones importantes entre la red social y la ideación suicida. En primer lugar, encontraron que las adolescentes que estaban aisladas de la comunidad de adolescentes o cuyas relaciones sociales no generaban intercambios recíprocos, tenían un mayor riesgo de pensamientos suicidas que aquellas que formaban parte de grupos de amistad cohesionados. Por su parte, los adolescentes no eran tan vulnerables a este tipo de relaciones sociales. De igual manera, se encontró que tanto en hombres como en mujeres, el conocer a un amigo que haya intentado suicidarse fue un predictor altamente importante para el paso de las ideas a los intentos de suicidio.

En el estudio de Chioqueta y Stiles (2007), llevado a cabo con 314 estudiantes universitarios, se buscaba examinar el papel de “amortiguadores psicológicos” (“buffer”), tales como la satisfacción con la vida, la autoestima, la percepción de la cohesión familiar y la percepción del apoyo social, en el desarrollo de la desesperanza y la ideación suicida. En este estudio se encontró que el apoyo social parece ser el mejor predictor de los bajos niveles de ideación suicida, independientemente de la gravedad de la depresión y la desesperanza. Se concluye que mientras la desesperanza parece ser minimizada por los niveles de satisfacción con la vida y de autoestima exhibida por los participantes, el factor clave para la mitigación de las ideas suicidas parece ser la percepción de apoyo social. Chioqueta y Stiles (2007) resaltan que en la literatura científica se ha encontrado que la percepción del apoyo social y familiar se ha identificado como uno de los más importantes factores que disminuyen las ideas suicidas en estudios realizados con estudiantes universitarios y de secundaria. Así, la idea de pertenecer a un grupo o sentirse conectado a él, parece estar fuertemente asociada con la mitigación de las ideas suicidas.

En otro estudio, Clum *et al.* (1997), compararon a adolescentes deprimidos con altos y bajos niveles de ideación suicida a través de un amplio número de variables, encontrando que un bajo apoyo social era un predictor independiente de la conducta suicida.

De manera similar, Field, Diego y Sanders (2001) en una muestra de estudiantes de secundaria, encontraron que los adolescentes con ideación suicida fueron comparativamente menos populares, tenían menos amigos y la calidad de sus relaciones interpersonales era menor, que los estudiantes sin ideación suicida.

En un estudio diseñado con el fin de evaluar las relaciones entre percepciones del apoyo social proveniente de la familia, de adultos no familiares y de pares con manifestaciones de psicopatología, Kerr, Preuss y King (2006) evaluaron a 220 adolescentes, durante una hospitalización psiquiátrica, encontrando que existen diferencias por género frente a las relaciones entre apoyo social y psicopatología. Así pues, para el caso de las mujeres se encontró que el apoyo percibido de adultos y pares se relaciona inversamente con los niveles de desesperanza y depresión; mientras que el apoyo social percibido de la familia se asociaba con estas dos variables y adicionalmente con la ideación suicida. Por su parte, en el caso de los hombres, se encontró que el apoyo social familiar se relacionó inversamente con el consumo de sustancias psicoactivas y solamente el apoyo social de los pares se relacionó con la ideación suicida.

Estas diferencias por género también fueron encontradas en una muestra de 930 adolescentes, estudiantes de secundaria en El Salvador. En el estudio de Springer, Parcel, Baumler y Ross (2005), se encontró que las adolescentes quienes percibieron bajo apoyo social de sus padres, tuvieron mayor probabilidad de presentar todas las conductas de riesgo analizadas en el estudio (violencia física, victimización, ideación suicida, uso de sustancias y comercio sexual); mientras que las estudiantes con percepciones de baja cohesión social escolar, tuvieron mayores probabilidades de presentar ideas suicidas, abuso de alcohol y uso de sustancias psicoactivas. Por su parte, los hombres presentaron menores niveles de relación que las mujeres, sin embargo se encontró que la presencia de bajo apoyo social de los padres se asoció con una mayor probabilidad de presentar ideación suicida, violencia física y uso de sustancias.

Con respecto al modelo mediacional del apoyo social, Clum y Febraro (1994) sugirieron que el apoyo social actúa como un mediador en la predicción de la ideación suicida; es decir, que el apoyo social en estudiantes universitarios parece actuar como un amortiguador (buffer) en la relación entre estresores e ideación suicida y, por ende, reduce el riesgo de este tipo de conductas, luego de la presencia de estresores importantes.

De igual manera, Jeglic, Pepper, Vanderhoff y Ryabchenko (2007), en la formulación de un modelo predictivo de la ideación suicida, destacaron el papel mediador del apoyo social, entre las características de personalidad límite y la ideación suicida. Estos autores concluyen que la ideación suicida en estudiantes universitarios está asociada con niveles elevados de labilidad afectiva y percepciones de bajo apoyo social de sus familias y amigos. Ampliando lo anterior, Jeglic *et al.* (2007) encuentran que es más la insatisfacción crónica con el apoyo social recibido de la familia y los amigos la que se asocia con la ideación suicida y no tanto la presencia de algún incidente interpersonal específico.

En cuanto a la probabilidad de la conducta suicida, en un estudio llevado a cabo por Eskin *et al.* (2007) con 805 adolescentes estudiantes de secundaria, en el cual se pretendía evaluar el posible papel de la depresión, la autoestima, la solución de problemas, la asertividad, el apoyo social y algunos factores socioeconómicos, se encontró que el apoyo social recibido de la familia era una variable predictora importante para el caso de las mujeres, mas no para el de los hombres.

Frente al riesgo de suicidio, Rutter y Behrendt (2004) encontraron que el apoyo social se relacionaba significativamente con el riesgo suicida, pues los adolescentes que presentaban altos niveles de apoyo social tenían bajos niveles de riesgo suicida y viceversa. Ante esto, los autores consideran que los adolescentes que reportaron un fuerte apoyo social, exhibieron mayores niveles de resiliencia y menores niveles de riesgo suicida. Los adolescentes tienen menos probabilidad de presentar alguna conducta suicida si perciben que sus familias, amigos y pares los

aceptan y si tienen relaciones de amistad más positivas. Aquellos que se sintieron más apoyados por sus consejeros, padres de familia o pares presentaron mecanismos de afrontamiento más saludables y mantuvieron una visión más positiva acerca del futuro.

Por su parte, Cheng y Chang (2007), en un estudio adelantado con 1083 estudiantes, haciendo uso de modelos de ecuaciones estructurales, encontraron una asociación importante entre el apoyo social familiar y el riesgo de suicidio, la cual podría tomar tres trayectorias diferentes. En efecto, la primera trayectoria era directa entre apoyo social familiar y riesgo de suicidio; mientras que la segunda era a través de la actitud hacia la muerte. Por último, la tercera trayectoria implicaba el efecto del apoyo social en la disminución de los niveles de estrés que a su vez disminuían los niveles de depresión y de consumo de sustancias, disminución que a la postre debilitaba el riesgo de suicidio.

Solución de problemas

*Es mejor perderse que nunca embarcar
mejor tentarse, a dejar de intentar
aunque ya ves que no es tan fácil empezar
Sé que lo imposible se puede lograr
que la tristeza algún día se irá
y así será, la vida cambia y cambiará
Sentirás que el alma vuela
por cantar una vez más
COLOR ESPERANZA (DIEGO TORRES)*

Definición

Se ha definido a la solución de problemas como “el proceso cognitivo-comportamental autodirigido por medio del cual una persona intenta identificar o descubrir soluciones eficaces o adaptativas para los problemas específicos que se encuentran en la vida cotidiana” (D’Zurilla y Nezu, 2001, p. 212). Una definición alternativa, propuesta por Heppner y Krauskopf (citados por McGuire, 2001) es: “una secuencia de operaciones cognitivas y afectivas, dirigida hacia metas, así como de respuestas comportamentales, con el propósito de adaptarse a las demandas o retos del ambiente interno o externo” (p. 211).

La solución de problemas necesariamente implica dos conceptos intrínsecamente relacionados: El problema con el cual el individuo se enfrenta y la solución, la cual presumiblemente es un resultado objetivo o deseado del esfuerzo que hace el individuo al enfrentar el problema. Con respecto al primer elemento, D’Zurilla y Nezu (2001) definen como problema a cualquier situación o tarea cotidiana (presente o anticipada) que demanda una respuesta para el funcionamiento adaptativo, pero para la cual la respuesta eficaz no es evidente o no aparece para la persona, debido a la presencia de algún(os) obstáculo(s).

De otro lado, una solución es una respuesta de afrontamiento específica a la situación o un patrón de respuestas (cognitivas y/o comportamentales), el cual

es el producto o resultado de un proceso de solución de problemas, cuando éste es aplicado a una situación problemática específica (D'Zurilla y Nezu, 2001).

Integrando estos dos conceptos, Heppner, Witty y Dixon (2004) consideran que la solución aplicada de problemas denota una secuencia de operaciones cognitivas, afectivas y comportamentales, altamente compleja, a veces intermitente, dirigida a metas, usada para adaptarse a aquellas demandas estresantes internas y externas.

A juicio de McGuire (2001), dentro de la teoría cognitiva del aprendizaje social, la solución eficaz de problemas es concebida como un conjunto de habilidades, las cuales se definen como secuencias automáticas de comportamientos, sobre aprendidas, las cuales pueden ser controladas y dirigidas hacia el logro de una meta. Estas habilidades en el dominio conductual pueden ser de tipo motor, en el nivel cognitivo pueden ser el lenguaje, secuencias de pensamiento y la producción del habla; mientras que en el dominio interpersonal aparecen las habilidades implicadas en la comunicación, la interacción, la construcción y el mantenimiento de las relaciones, la negociación y la resolución de conflictos, entre otros.

Día a día, las personas tienen que enfrentar una red de decisiones simples y complejas, dificultades diarias y eventos vitales estresantes y hasta traumáticos, ante los cuales deben desplegar ese conjunto de habilidades que les permitan manejar adecuadamente la situación. Tal proceso de solución de problemas es excesivamente complejo y parece depender de muchos factores personales y ambientales (McGuire, 2001).

Al abordarse científicamente el estudio de los procesos de solución de problemas, se han identificado dos grandes grupos de modelos: en primer lugar, están aquellos que consideran que la habilidad para solucionar un problema social es idéntica a la de solución de cualquier otro tipo. Un segundo grupo considera

que las habilidades que se utilizan con los problemas sociales son diferentes a las utilizadas en la resolución de otros tipos de problemas.

Dentro de este segundo grupo de conceptualizaciones, aparece el Modelo de Resolución de Problemas Sociales (D’Zurilla y Nezu, 1999) el cual hace referencia a procesos de tipo cognitivo-afectivo-conductual, por los cuales una persona intenta identificar, descubrir, inventar o adaptar respuestas para situaciones problemáticas específicas encontradas en la vida cotidiana (Vera-Villaruel y Guerrero, 2003).

De acuerdo con este modelo, la solución eficaz de problemas comprende cinco componentes interactuantes, los cuales se derivan de dos procesos mayores: a) un componente motivador, llamado orientación al problema; y b) un conjunto de cuatro destrezas específicas en la resolución de problemas (Vera-Villaruel y Guerrero, 2003).

La orientación general hacia el problema, es el primer componente, el cual se diferencia por su carácter motivacional, pues implica un conjunto de respuestas de orientación (compuesta por elementos de atención, así como por creencias, valores, suposiciones y expectativas generales sobre los problemas y sobre la capacidad general para resolverlos), que representan las reacciones cognitivo-afectivo-conductuales inmediatas de una persona cuando se enfrenta por primera vez con una situación problemática. Los elementos cognitivos implicados en este proceso pueden producir un afecto positivo y una motivación para el afrontamiento, lo que facilitará la puesta en práctica de la solución, o todo lo contrario; es decir, un afecto negativo y una motivación a la evitación inhibiendo o alterando la ejecución de la solución (Nezu y Nezu, 1991).

El propósito del segundo proceso componente, denominado definición y formulación del problema, es el de clarificar y comprender la naturaleza específica del problema que se enfrenta, implicando una revaloración del mismo, en términos positivos o de bienestar. Así pues, luego de que la persona define y

formula la naturaleza del problema, de una manera clara y concreta, puede entonces valorarlo de modo más preciso.

La generación de alternativas, como tercer componente, implica conseguir el mayor número de soluciones posible, con el fin de elevar al máximo la posibilidad de que la “mejor” solución se encuentre entre ellas.

El cuarto componente, denominado toma de decisiones, implica la evaluación (juzgamiento y comparación) de las opciones disponibles con respecto a la solución y seleccionar la(s) mejor(es), para ser llevada a cabo en la situación problema real.

Finalmente, el quinto componente busca que se ponga en práctica la solución escogida y que posteriormente se evalúe la eficacia de la misma para controlar la situación problemática.

No obstante lo anterior, hay que recordar que esta propuesta no es una clasificación natural de las estrategias cognitivo-conductuales que emplean las personas en el mundo real, sino que es un modelo de la solución eficaz o satisfactoria de los problemas, propuesto para el entrenamiento de las personas en estas habilidades. Tampoco la secuencia planteada representa la llevada a cabo por las personas en las situaciones cotidianas, aunque sí es claro que todas ellas aparecen en un proceso eficaz de solución de problemas (Nezu y Nezu, 1991).

En general, en las diferentes propuestas para el concepto de solución de problemas, se encuentra inmerso el concepto de interacción con un ambiente (interno o externo) que resulta demandante. Es en consideración de este aspecto ambiental que se han denominado modelos de solución de problemas sociales a aquellas propuestas que toman en cuenta como foco de estudio la solución de un problema que ocurre en un ambiente social-natural, tales como los impersonales, personales/intrapersonales, interpersonales e incluso problemas sociales o comunitarios (Vera-Villarreal, y Guerrero, 2003).

Estos elementos “sociales” han llevado a considerar una gran relación entre solución eficaz de problemas sociales y estilos de afrontamiento, hasta el punto de considerar que la solución de problemas sociales es primariamente un proceso de afrontamiento consciente, racional, esforzado y propositivo que puede aumentar la habilidad de una persona para hacer frente a una variedad de situaciones estresantes (Kant, D’Zurilla y Maydeu-Olivares, 1997).

Solución de problemas sociales y suicidio

Investigaciones publicadas desde la segunda mitad del siglo XX ya postulaban la importancia de la rigidez cognitiva como mediadora de la relación existente entre el estrés y la ideación y la conducta suicidas. En tales estudios se define como rigidez cognitiva a la inhabilidad para identificar problemas y sus correspondientes soluciones de manera adecuada (Rudd *et al.*, 1994).

De acuerdo con Pollock y Williams (1998), los estudios sobre solución de problemas han mostrado que las personas que intentan suicidarse tienden a ser más dependientes del campo, a mostrar mayor rigidez cognitiva y más pensamiento dicotómico, así como a resolver problemas de manera menos eficaz. La rigidez cognitiva resulta en una dificultad para generar soluciones alternativas cuando las personas se enfrentan con problemas emocionales, lo que hace que consideren al suicidio como la única solución en ese momento.

Schotte y Clum (1982, 1987) plantean que el origen de las conductas suicidas descansa en la presencia de inadecuadas habilidades de solución de problemas que ante un estresor importante, hacen que el individuo pueda llegar a estados de desesperanza y depresión y, posteriormente, presente conductas suicidas. Estos autores demostraron que además de la rigidez cognitiva, las personas con ideas suicidas también presentaban importantes deficiencias en habilidades de resolución de problemas interpersonales, Así pues, éstas personas

eran capaces de generar menos de la mitad del número posible de soluciones a sus propios problemas interpersonales al ser comparados con sujetos del grupo control. De igual forma, encontraron que las personas con ideas suicidas tienden a focalizarse más sobre los resultados potencialmente negativos de sus esfuerzos por resolver problemas, inhibiendo así la implementación activa de las alternativas propuestas.

Complementariamente, Williams (citado por Arie *et al.*, 2008) sugirió que los individuos suicidas carecían de la habilidad cognitiva para recuperar memorias autobiográficas específicas, generando en ellos un muy pequeño repertorio de experiencias que pueden ser usadas cuando la persona se enfrenta a problemas interpersonales y, por ello, menores y menos eficaces soluciones disponibles.

En un estudio llevado a cabo por Pollock y Williams (2004) con pacientes con intentos de suicidio, comparados con un grupo control psiquiátrico y otro grupo de control normal, se encontró que los suicidas presentaban las habilidades de solución de problemas más pobres que el grupo control psiquiátrico y que esta diferencia permaneció a pesar del cambio en el estado de ánimo. Igualmente, observaron que los pacientes con intentos de suicidio producían significativamente menos medios de solución de problemas que los otros dos grupos y que esos medios fueron significativamente menos eficaces. Los autores concluyen que aunque la pasividad no es exclusiva de los pacientes suicidas, en combinación con unas alternativas de solución de problemas en menor número y menos eficaces, se puede incrementar la vulnerabilidad frente a la conducta suicida.

Datos similares hallaron Linehan *et al.* (1987) quienes encontraron que en comparación con pacientes sin historia de conductas auto-lesivas, los pacientes con historia de intentos de suicidio fueron menos activos en sus procesos de solución de problemas y más pasivos que los pacientes internos con ideación suicida, pero sin historia de conductas suicidas. Estos datos sugieren que la

dimensión de la pasividad en la solución de problemas puede ser un importante componente que hace a ciertos individuos más vulnerables a una crisis suicida.

Arie *et al.* (2008) compararon un grupo de adolescentes y adultos suicidas con un grupo de pacientes internos y otro de pacientes sanos. En su estudio, encontraron que el déficit en la solución de problemas, presente en los pacientes suicidas, estaba relacionado con la mala calidad de las soluciones producidas más que en su número o relevancia (típicas medidas de las habilidades de solución de problemas). De igual forma, encontraron una relación muy fuerte entre el estilo generalizado de memoria autobiográfica y un pobre desempeño en la resolución de problemas sociales, lo que apoyaría la hipótesis de que la calidad de la solución de problemas está asociada con la posesión de un repertorio de memorias personales específicas. Este repertorio es la fuente de ideas desde las cuales un individuo puede manejar la situación cuando se enfrenta con un problema interpersonal difícil.

En su revisión de la literatura, Williams, Barnhofer, Crane y Beck (2005) hallaron que las investigaciones han encontrado de manera consistente que los pacientes suicidas tienen un pobre desempeño a la hora de generar relevantes y eficaces medios para manejar sus problemas interpersonales. Tales deficiencias en la solución de problemas son más graves en pacientes suicidas aún si se los compara con otros pacientes psiquiátricos pareados por gravedad de la enfermedad y controlando la covariación del estado de ánimo deprimido. Esto implicaría que el pobre desempeño en solución de problemas, una característica general de las personas que sufren algún trastorno psiquiátrico, está particularmente asociado con la suicidalidad.

Por su parte, Turner, Caplan, Zayas y Ross (2002), en un estudio con adolescentes latinas, encontraron que aquellas que habían presentado intentos de suicidio presentaban más estrategias de afrontamiento desadaptativas (retirada y pensamiento fantasioso) y menos regulación emocional y solución adecuada de problemas.

Dixon, Heppner y Anderson (1991), en una muestra no-clínica de estudiantes universitarios confirmaron la importancia de la evaluación de la solución de problemas en la predicción tanto de la desesperanza como de la ideación suicida.

Por su parte, en una investigación con 371 estudiantes universitarios, Chang (2002a) encontró que aunque el perfeccionismo acotaba una importante cantidad de varianza de los síntomas depresivos y de la ideación suicida, la solución de problemas sociales aumentó significativamente la predicción de cada una de estas variables. A partir de ello concluye que más allá de las influencias del perfeccionismo, la solución de problemas sociales permanece siendo el más importante predictor de la depresión y la ideación suicida.

De igual manera, Priester y Clum (citados por Carris, Sheeber y Home, 1998) evaluaron a estudiantes universitarios de primer año, antes y después de un estresor medio. Encontraron que el número de soluciones alternativas relevantes y el número de consecuencias negativas percibidas, propuestas para cada solución en la primera evaluación, predijeron significativamente el nivel de ideación suicida posterior. Estas dos variables también interactuaron con el estrés vital negativo para predecir significativamente la ideación suicida. Además, tanto las calificaciones de la probabilidad de éxito, tomadas en el momento pre-estrés, como el número de pasos relevantes e irrelevantes para la solución de problemas estuvieron significativamente correlacionadas con los niveles de ideación suicida post-estresor.

En su trabajo con 306 adolescentes estudiantes de secundaria, Chang (2002b) encontró que la solución de problemas sociales y el estrés vital son predictores significativos de la ideación suicida, relación que permanece independientemente de si existe o no una historia previa de intento de suicidio.

En conclusión, existe evidencia suficiente para considerar que la solución de problemas (bien sea como evaluación, como proceso o como desempeño) muestra una importante relación con las conductas suicidas (ideas o intentos).

Razones para vivir

*Gracias a la vida que me ha dado tanto
Me dio dos luceros que cuando los abro
Perfecto distingo lo negro del blanco
Y en el alto cielo su fondo estrellado
Y en las multitudes el hombre que yo amo.
Gracias a la vida que me ha dado tanto
Me ha dado el sonido y el abecedario
Con él las palabras que pienso y declaro
Madre, amigo, hermano y luz alumbrando,
La ruta del alma del que estoy amando.
GRACIAS A LA VIDA (VIOLETA PARRA)*

Inicio y definición de las razones para vivir

El inicio formal del término “razones para vivir” tiene que ver con la publicación de Linehan, Goodstein, Nielsen y Chiles (1983). Estos autores parten de reconocer que la mayoría de las investigaciones que se realizan en el campo de la Suicidología se han orientado a la identificación de las características que aumentan la probabilidad de predicción de las conductas suicidas en las personas, centrándose principalmente en la identificación de atributos desadaptativos. Desafortunadamente, se ha prestado poca atención a la pregunta de si acaso las personas suicidas carecen de ciertas características que sí tienen las personas suicidas y, de ser así, cuáles serían ellas.

Frente a esto Pinto, Whisman y Conwell (1998) consideran que durante las décadas de los 80's y 90's del siglo XX se dio un auge en la investigación para establecer el papel fundamental que juegan las distorsiones cognitivas, la desesperanza, el estilo atribucional y el autoconcepto negativo en el desarrollo y manifestación de las conducta suicidas. De igual forma, es en los 90's cuando se investiga más allá de las cogniciones disfuncionales para incluir el estudio de atributos cognitivos positivos, orientados hacia la vida, los cuales pueden alejar a la persona de considerar o intentar el suicidio.

Como antecedentes de su trabajo, Linehan *et al.* (1983) retoman la aproximación hacia las características que mantienen la vida en personas no suicidas, propuesta por Frankl y otros investigadores, quienes se preguntaron ¿cómo mantuvieron su deseo de vivir los sobrevivientes a los campos de concentración nazi? Efectivamente estos autores encontraron que los testimonios de los investigadores y de los sobrevivientes señalaban a las creencias acerca de la vida y las expectativas hacia el futuro, como los instrumentos que les permitieron mantenerse vivos en semejantes condiciones de dolor y estrés vital intensos. Por ejemplo, hallaron que la creencia de las personas de que tenían algo muy importante o significativo que hacer en la vida, fue un elemento crítico para muchos sobrevivientes. Otra creencia importante fue pensar que la vida, no importa de qué forma, vale la pena vivirse y disfrutarse.

A juicio de Linehan *et al.* (1983), este énfasis en las creencias y expectativas de los sobrevivientes es compatible con las aproximaciones teóricas cognitivas y cognitivo-conductuales del suicidio, pues en ellas, se hace énfasis en el papel de los patrones cognitivos, sean ellos creencias, expectativas, estilos o capacidades, como mediadores importantes de las conductas suicidas. Así pues, Beck, Weissman, Lester y Trexler (1974) han sugerido que las creencias de una persona y las expectativas de desesperanza están relacionadas con el hecho de si una persona eventualmente se suicida, realiza una conducta parasuicida o considera al suicidio como una opción. De igual forma, Dean, Range y Goggin (1996) plantean cómo el perfeccionismo, una forma particular de rigidez cognitiva, se asocia significativamente con la presencia de diferentes tipos de conductas suicidas.

Linehan *et al.* (1983) se basaron en la visión cognitivo-conductual de la conducta suicida, la cual postula que uno de los factores que diferencian a las personas suicidas de las no-suicidas es el contenido de su sistema de creencias. Ellos partieron de la idea de que los individuos no-suicidas; es decir aquellos que no han presentado conductas suicidas, cuentan con un grupo de creencias y

expectativas adaptativas que no comparten aquellos que han considerado el suicidio o que efectivamente han llevado a cabo alguna conducta suicida.

Efectivamente, las personas suicidas se diferencian de las no-suicidas en la carencia de creencias y expectativas positivas en la vida y de atención a las consecuencias que el suicidio puede traer a su ambiente social (Dovrov y Thorell, 2004). Ahora bien, esas diferencias no son de tipo categórico (presencia-ausencia) sino que radican en el grado en el cual las personas asumirán y le darán importancia a tales creencias y expectativas (Linehan *et al.*, 1983).

Con respecto a esto, Linehan *et al.* (1983) definen a las razones para vivir como aquellos factores cognitivos o creencias que ayudan a los individuos a sobrevivir, en el afrontamiento de situaciones difíciles y adversas. En palabras de Dovrov y Thorell (2004) tales razones para vivir hacen más probable que la persona resista al estrés y a la desesperanza y que no caiga en ideación suicida y por lo tanto no cometa suicidio. Estas razones se encuentran en el sistema cognitivo y en los estilos de comportamiento del individuo (Linehan *et al.*, 1983; Dovrov y Thorell, 2004).

Sahin, Durak y Sahin (1998) consideran que las personas que tienen actitudes más positivas y optimistas hacia la vida y la disfrutan, son menos propensos a la depresión y a la soledad, pues tener mayores expectativas frente al futuro se relaciona con ser más feliz con la vida, hacer un mayor uso de mecanismos de afrontamiento eficaces, buscar apoyo social y hacer reinterpretaciones positivas ante estresores vitales significativos. Todos estos elementos se configuran en factores protectores contra el suicidio, así pues la importancia de las razones para vivir no quedaría limitada a su papel como cogniciones mediadoras, sino que trascendería en virtud de las asociaciones que tiene con otros elementos cognitivos y conductuales que disminuyen la probabilidad del suicidio en las personas. Finalmente, estos autores creen que el optimismo y el disfrute de la vida, así como los sentimientos de responsabilidad hacia la familia aparecen como mecanismos protectores contra los sentimientos de

suicidio, pues a medida que el sentimiento de responsabilidad se incrementa, los sentimientos de depresión, soledad y pérdida del disfrute de la vida disminuyen.

En su relación teórica, las razones para vivir son un constructo relacionado de manera directa con el afecto positivo y de manera inversa con depresión, desesperanza, ansiedad, estrés y ánimo negativo (Gutierrez *et al.*, 2002; Pinto, Whisman y Conwell, 1998). En este sentido, Sahin *et al.* (1998) encontraron que las razones para vivir se asociaban además con medidas de soledad, afrontamiento eficaz e ineficaz, satisfacción con la vida, expectativas futuras y pérdida de la capacidad de disfrutar de la vida. También Osman *et al.* (1998) hallaron relaciones significativas entre las razones para vivir y medidas de la presencia de ideas, amenazas, probabilidad de suicidio, así como de desesperanza y depresión.

De igual forma, un hallazgo importante de diferentes estudios es que así como se demuestra la importancia de las creencias orientadas a la vida al enfrentar la posibilidad de un suicidio, estas mismas creencias no tienen ninguna relación significativa con indicadores de psicopatología general (Linehan *et al.*, 1983; Pinto, Whisman y Conwell, 1998), demostrando así su carácter predictor específico de las conductas suicidas.

Tipos de Razones para Vivir

En el estudio de validación del Inventario de Razones para Vivir (Reasons For Living Inventory – RFL), Linehan *et al.* (1983) identificaron 6 grupos generales de razones para vivir: a) Sobrevivencia y afrontamiento, b) Responsabilidad con la familia, c) Aspectos relacionados con los hijos, d) miedo al suicidio, e) miedo a la desaprobación social y f) objeciones morales.

Las razones para vivir de sobrevivencia y afrontamiento combinan varias creencias acerca de la vida y del vivir, incluyendo aquellas que tienen que ver con expectativas positivas frente al futuro, así como acerca de la propia capacidad de

enfrentar cualquier situación de la vida. Las primeras creencias se relacionan con la desesperanza; mientras que las segundas implicarían el concepto de auto-eficacia; es decir, la habilidad personal de afrontar los estresores vitales, dimensiones que son necesarias e importantes en mantener el deseo de vivir (Pinto *et al.*, 1998). Finalmente hay un tercer grupo de creencias acerca de valores que las personas tienen frente a la vida y el vivir.

Por su parte, las creencias de responsabilidad hacia la familia y aspectos relacionados con los hijos implican las razones aducidas por las personas, teniendo como objeto principal asegurar la vida, la integridad o el bienestar de los miembros de su familia o sus hijos, así como valores acerca de la familia y del desarrollo de los niños.

En un tercer grupo de creencias, Linehan *et al.* (1983) sitúan a las razones para vivir basadas en el miedo al suicidio y a la desaprobación social, así como las objeciones morales. Las razones basadas en el miedo al suicidio hacen referencia al miedo a la muerte, al dolor y a lo desconocido, así como a la incapacidad de llevar a cabo el acto suicida. Por su parte, el miedo a la desaprobación social se basa en las creencias sobre las evaluaciones y conceptos que tendría la gente acerca de la persona si llevara a cabo el suicidio. Para terminar, las objeciones morales hacen referencia a creencias religiosas, éticas y morales que consideran al suicidio como una conducta inadecuada o impropia.

El desarrollo de escalas de medida de las razones para vivir ha demostrado que tanto las creencias y expectativas frente a la vida y al futuro, así como la importancia que tienen para las personas, cambian a lo largo del ciclo vital.

No obstante estas diferencias por grupos de edad, Pinto, Whisman y Conwell (1998) consideran que la conducta suicida puede ocurrir en aquellas personas con pocas creencias sobre sus habilidades de afrontamiento, carencia de optimismo, que le dan muy poco valor a la vida, tienen un bajo sentido de

responsabilidad y afiliación hacia sus seres queridos (p.ej. familia) y tienen muy pocas objeciones morales ante el suicidio.

Razones para vivir y suicidio

Linehan *et al.* (1983) encontraron que tanto en la muestra de población general como en la de población clínica, los individuos que reportaron historia de conductas suicidas también reportaron menores razones importantes para vivir al considerar el suicidio, en comparación con individuos sin tal historia. En ambas muestras, las expectativas de un suicidio futuro estuvieron asociadas negativamente al grado de importancia otorgado a las creencias no-suicidas.

Linehan *et al.* (1983) concluyeron que los individuos suicidas cuando son comparados con personas no suicidas, bien sean psicológicamente alteradas o no, presentaban una carencia importante de creencias positivas relacionadas con la sobrevivencia y el afrontamiento, las cuales sí son compartidas por la mayoría de las personas.

Dovrov y Thorell (2004) postulan que estas creencias, como razones para no cometer suicidio, pueden tener una relación más fuerte con las conductas suicidas que la desesperanza, la depresión y el estrés, variables ampliamente reconocidas y comprobadas como predictores importantes de las conductas suicidas. De igual forma, encontraron que las creencias de responsabilidad hacia la familia y hacia los hijos estuvieron significativamente relacionadas con la ausencia de conductas suicidas durante la vida, tanto en la población general como en la población clínica.

La escala de miedo al suicidio fue la única que distinguió entre individuos con conductas parasuicidas y aquellos que tuvieron la idea pero no realizaron el acto suicida. De igual manera, quienes habían tenido conductas parasuicidas mostraron significativamente menores niveles de este tipo de razones en

comparación con los demás sub-grupos de estudio, indicando la posibilidad de que las personas, al enfrentarse a la conducta parasuicida, vayan perdiendo el miedo al acto como tal.

En último lugar, las creencias de miedo a la desaprobación social y a las objeciones morales fueron relativamente menos exitosas en discriminar a los diferentes grupos de conductas suicidas, aunque en la muestra clínica se hallaron diferencias entre quienes han tenido ideas y actos suicidas frente a los no-suicidas.

En un estudio con 475 estudiantes universitarios, Gutierrez *et al.* (2002) encontraron que las razones para vivir tenían una fuerte correlación positiva con los pensamientos protectores frente al suicidio, medidos con la escala de ideas suicidas positivas del PANSI (Positive and Negative Suicidal Ideation Inventory; Osman et al., 1998). De igual forma, tuvo correlaciones menores que la anterior, pero altamente significativas y de valor negativo con medidas de ideas suicidas (escala de ideas suicidas negativas del PANSI), así como con indicadores de probabilidad de suicidio. También, se encontró que las razones para vivir mediaron significativamente el efecto de la desesperanza sobre dos medidas independientes de la probabilidad de conductas suicidas. Además, se encontró que las personas que reportaron mayores niveles de razones para vivir (tanto a nivel global como de escalas específicas) demostraron una mayor presencia de factores protectores, en comparación con aquellos con bajas puntuaciones. Por último, usadas en conjunto con otras medidas negativas de riesgo suicida (depresión, historia de intentos suicidas, etc.), las razones para vivir demostraron un alto poder predictivo del nivel de riesgo suicida en adultos jóvenes.

De igual manera, Kralik y Danforth (1992) encontraron que un grupo de variables cognitivas, incluyendo las subescalas del RFL (*Reasons for living Inventory*), discriminaron adecuadamente entre grupos de estudiantes universitarios que: a) nunca habían considerado el suicidio, b) reportaron una historia de ideación suicida moderada, c) tuvieron una grave ideación suicida o d) presentaron un intento de suicidio. Resultados similares presentaron Connell y

Meyer (1991), al encontrar que los niveles de creencias de sobrevivencia y afrontamiento, responsabilidad hacia la familia y objeciones morales (subescalas del RFL) discriminaron entre grupos de estudiantes universitarios que: a) nunca habían tenido ninguna conducta suicida, b) tuvieron una historia de ideación breve, c) tuvieron ideación grave o d) realizaron alguna conducta suicida. Estos autores interpretan sus resultados argumentando que las razones para vivir, como factores protectores median sobre la ideación y las conductas suicidas en adultos jóvenes.

Por su parte, Pinto *et al.* (1998), en una muestra de 253 pacientes internos adolescentes psiquiátricos, encontraron que las razones para vivir de sobrevivencia y afrontamiento, responsabilidad hacia la familia y objeciones morales permitieron discriminar entre pacientes suicidas y no suicidas; mientras que el miedo al fallo y la desaprobación social, así como el miedo al suicidio discriminaron entre pacientes con ideación suicida y pacientes con intento de suicidio. De igual manera, los autores encontraron que las razones para vivir se relacionaron de manera negativa con medidas de ideación suicida, desesperanza y depresión, siendo la escala total y la de sobrevivencia y afrontamiento las que presentaron las correlaciones más fuertes.

En un estudio comparativo entre adolescentes pacientes psiquiátricos suicidas, pacientes psiquiátricos no suicidas y una muestra de voluntarios de población general, Osman *et al.* (1998) encontraron que la combinación de las medidas de razones para vivir y de probabilidad de suicidio identificó correctamente al 88,7% de los adolescentes del grupo no-suicida frente al 87,3% de los del grupo suicida, así como al 84,7% de los adolescentes del grupo psiquiátrico control, frente al 83,1% de los miembros del grupo psiquiátrico suicida. Al llevar a cabo análisis comparativos en los grupos se demostró que los adolescentes del grupo no-suicida tenían mayores niveles de razones para vivir, en comparación con los pacientes psiquiátricos y que éstos a su vez presentaban mayores niveles de razones para vivir que los pacientes suicidas.

En un estudio poblacional realizado con 1336 adultos, Dovrov y Thorell (2004) encontraron que las razones para vivir tuvieron relaciones altamente significativas con la historia de conductas suicidas, con ideación suicida en el último año, historia de amenazas suicidas, probabilidad de suicidio y concebir al suicidio como una solución a los problemas. De igual manera, tanto la escala total como la de creencias de sobrevivencia y afrontamiento permitieron distinguir a las personas con grave ideación suicida de los demás grupos.

Lizard *et al.* (2007), en un estudio realizado con el fin de determinar si las razones para vivir predicen la presencia de intentos de suicidio en un período de dos años, trabajaron con 308 pacientes deprimidos, encontrando que las razones para vivir, en conjunto con las hospitalizaciones previas fueron los predictores significativos de los intentos de suicidio. A medida que la puntuación en el RFL aumentaba en una unidad, el riesgo de intento de suicidio disminuía en un 3,4%. De igual manera, se halló una interacción significativa entre género y razones para vivir, frente al riesgo de intento de suicidio, indicando que éstas fueron un factor protector para las mujeres pero no para los hombres. Por último, se hallaron diferencias altamente significativas en los niveles de razones para vivir entre los pacientes con intentos suicidas, frente a aquellos que no los presentaron.

En conclusión, la pretensión de Linehan *et al.* (1983) de demostrar que las personas suicidas le asignan menos importancia a las creencias y expectativas orientadas a la vida que las personas no-suicidas se ha visto demostrada ampliamente (Gutierrez, *et al.*, 2002; Pinto, Whisman y Conwell, 1998).

Modelos integradores de variables predictivas de la Ideación Suicida

*La nostalgia me ha invadido tantas veces
que ya tengo miedo de hacerme daño (...)
que no ves que quiero que me salves
antes de que logre cometer suicidio.
COMETER SUICIDIO (CAFÉ TACUBA)*

Como se ha presentado hasta ahora, la literatura ha demostrado que existen relaciones entre diferentes variables de riesgo (depresión, desesperanza y eventos vitales estresantes) y de protección (autoestima, apoyo social, solución de problemas y razones para vivir) con las conductas suicidas, en general, y la ideación suicida, en particular. Sin embargo, el interés por identificar el papel que cumplen estas variables ha llevado a diferentes investigadores a proponer y evaluar diversos modelos en los cuales se dilucide el tipo de relaciones que se establecen.

Rudd (1990) evaluó la relación entre diferentes variables (incluyendo el estrés vital, la desesperanza y la depresión) y la ideación suicida. Su modelo acotó el 34% de la varianza de la IS, hallando que la depresión fue un predictor mucho más fuerte que la desesperanza en la predicción de la ideación suicida en estudiantes universitarios. De igual manera, demostró que la depresión sirve como un mediador en la relación existente entre los eventos vitales negativos y la ideación suicida.

Por su parte, Konick y Gutiérrez (2005) encontraron que los eventos vitales estresantes, la desesperanza y la depresión eran predictores significativos de la ideación suicida en una muestra de 345 estudiantes universitarios. Se pudo comprobar que mientras la desesperanza y los síntomas depresivos fueron predictores directos de la ideación suicida, los eventos vitales estresantes tenían efectos indirectos, mediados por ellas. Esta investigación demostró que la depresión era el predictor más fuerte de la ideación suicida en población normal; mientras que la desesperanza estuvo relacionada con la búsqueda de ayuda. El

modelo acotó el 39% de la varianza de las puntuaciones de ideación suicida. En la figura 2, se muestran los resultados del análisis de datos con la técnica de modelos de ecuaciones estructurales. Por último, los autores concluyen que los eventos vitales estresantes, la desesperanza y la depresión pueden ser vistos como tres elementos clave en la predicción del riesgo suicida, que junto con otros factores tales como el bajo nivel de apoyo social, incrementan la susceptibilidad personal a las conductas autolesivas (Konick y Gutiérrez, 2005).

Con respecto al valor predictivo de la desesperanza, Sun, Hui y Watkins (2006) resaltan que la depresión, la desesperanza y la autoestima contribuyen a la presencia de los pensamientos suicidas, aunque es la desesperanza la variable que mejor predice la ideación suicida a niveles clínicos graves; mientras que la depresión es un predictor más significativo en ambientes no-clínicos. De igual manera, comentan que en estudios que no incluyeron a la depresión dentro de las variables predictoras, encontraron que la autoestima fue un predictor independiente de la ideación suicida.

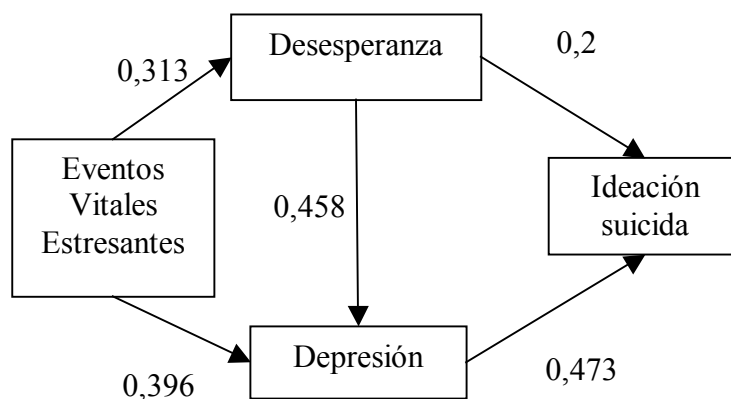


Figura 2. Modelo predictivo de la ideación suicida según Konick y Gutierrez (2005)

Strang y Orbfski (citados por Marcenko *et al.*, 1999) sugieren que las variables más importantes para explicar la ideación suicida pueden ser un sentido de desesperanza al evaluar los problemas interpersonales y ante las expectativas

frente al futuro, así como la ausencia de relaciones interpersonales significativas. Desde esta perspectiva se considera que las variables sociodemográficas tienen un papel secundario para el desarrollo de la ideación suicida, en comparación con la gran importancia que representa la experiencia subjetiva de amistad, auto-eficacia y esperanza hacia el futuro.

Sun, Hui y Watkins (2006) quisieron evaluar la interrelación existente entre variables contextuales y variables psicológicas, en la predicción de las ideas suicidas en adolescentes. El modelo final de ecuaciones estructurales concluyó que la cohesión familiar y el apoyo de pares predijeron la autoestima. Por su parte, los conflictos familiares, el apoyo de los profesores y la autoestima predijeron la depresión que a su vez predijo a la ideación suicida (véase figura 3).

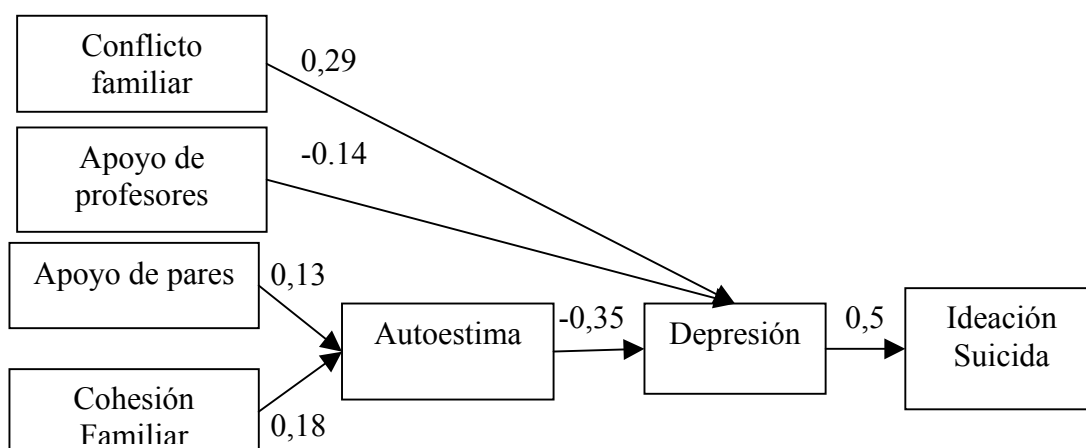


Figura 3. Modelo predictivo de la ideación suicida según Sun et al. (2006)

Basados en los hallazgos del estudio, Sun *et al.* (2006) proponen que cuando un adolescente percibe una baja cohesión familiar y altos conflictos familiares, se sienten desvalorizados y deprimidos, lo que a su vez lleva a tener ideas suicidas como una forma de afrontar tal tipo de dificultades.

Otro estudio en el que aparecen implicadas la depresión y la autoestima es el llevado a cabo por Yoder y Hoyt (2005), en el que se pretendía demostrar la validez del modelo de estrés familiar en la predicción de la ideación suicida en

adolescentes. Tal modelo postula que las presiones económicas de la familia influyen en el ‘distress’ emocional de los padres, que a su vez impacta en sus conductas de crianza, las cuales afectan finalmente el bienestar psicológico de los adolescentes. Las prácticas de crianza hostiles y abusivas pueden llevar el mensaje de que el adolescente no es alguien valioso, lo cual puede ser internalizado por el adolescente, llevando a síntomas de depresión, a la sensación de desesperanza frente al futuro y a la creencia de que la vida no vale la pena vivirse o a que no merece vivir, por lo que resulta propenso a las ideas suicidas (véase figura 4).

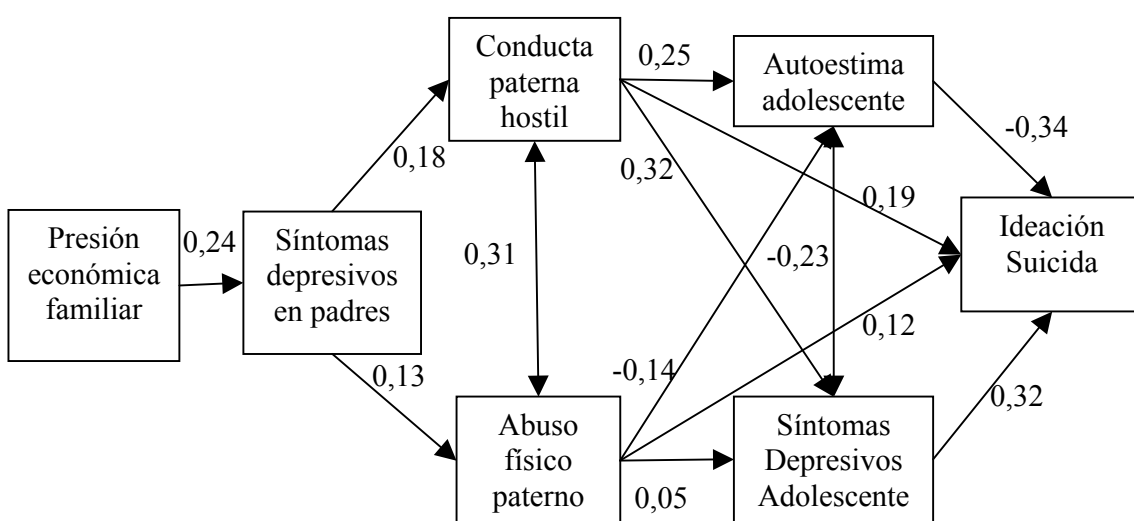


Figura 4. Modelo del estrés familiar en la predicción de la ideación suicida (Yoder y Hoyt, 2005).

En otro estudio acerca de las relaciones entre la ideación suicida, la autoestima y los eventos vitales estresantes, Wilburn y Smith (2005) encontraron correlaciones lineales significativas entre estas variables. Tales correlaciones indicaron que a medida que la autoestima se incrementó, el estrés y la ideación suicida disminuyeron y que un incremento en el nivel de estrés se asoció con aumentos en los niveles de ideación suicida, sin embargo, los autores también reconocen que la autoestima es el predictor más fuerte de los pensamientos de suicidio. En un modelo de regresión múltiple, la autoestima y los eventos vitales estresantes acotaron el 22% de la ideación suicida. Frente a estos hallazgos, Wilburn y Smith (2005) proponen que una baja autoestima predispone al

adolescente a la depresión y a otras dificultades psiquiátricas y, por ende, a las ideas de suicidio. Mientras que una buena autoestima disminuye el riesgo suicida al incrementar la capacidad personal para afrontar efectivamente el estrés. Ahora bien, ante el bajo porcentaje de varianza explicada por el modelo, estos autores proponen que se incluyan los factores de afrontamiento y apoyo social, como posibles predictores importantes de la ideación suicida en adolescentes.

Field, Diego y Sanders (2001) hicieron uso de un modelo de regresión lineal múltiple, considerando a la ideación suicida como la variable dependiente. En tal modelo, la felicidad explicó el 46% de la varianza, seguida por el número de amigos (11% adicional de varianza), la ira (5% de varianza) y uso de marihuana (4% de varianza). A juicio de estos autores, estos factores son paralelos a los identificados ampliamente en la literatura como predictores de ideación suicida, a saber: depresión, aislamiento/soledad, ira / agresión y uso de sustancias. Finalmente, ante la importancia predictiva de la felicidad, sugieren que no es necesaria una depresión extrema para que se presente la ideación suicida, sino que la presencia moderada de tristeza podría ser suficiente para predecirla.

Son muy pocos los estudios en los cuales se haya comprobado el efecto de la habilidad de solución de problemas sobre la ideación suicida a través de técnicas multivariadas (p.ej., ecuaciones estructurales o análisis de regresión múltiple). Uno de los pocos estudios encontrados fue el de Carris, Sheeber y Home (1998) quienes demostraron que la rigidez familiar tenía primariamente un efecto indirecto sobre la ideación suicida de los adolescentes a través de su influencia sobre sus déficit en la solución de problemas. Al respecto, los autores creen que un ambiente familiar rígido, caracterizado por una ausencia de la capacidad de adaptarse a situaciones problema, es improbable que facilite el desarrollo de habilidades flexibles y eficaces de solución de problemas. La resultante ausencia de habilidades eficaces y la concomitante carencia de confianza en la capacidad personal para manejar difíciles situaciones problemáticas, sirve para incrementar la posibilidad de ideación suicida.

Así pues, en la muestra de estudio, compuesta por 297 estudiantes y sus padres, se halló que la rigidez familiar explicaba el 24% de la varianza de la solución de problemas y que ésta, a su vez, explicaba el 17% de la varianza de la ideación suicida. Finalmente, y ante el bajo porcentaje explicado, estos autores proponen para futuros estudios incluir a la desesperanza como un posible mediador entre la solución de problemas y la ideación suicida (Carris, Sheeber y Home, 1998).

Finalmente, son relativamente pocos los estudios que examinan modelos combinados de factores de riesgo y de protección en la predicción de las ideas suicidas (Gutierrez, Muehlenkamp, Konick y Osman, 2005).

Uno de los autores pioneros en esta visión del problema es George Clum quien, aunque reconoce el importante papel que juega el estrés en el desarrollo de la ideación suicida, considera que son más las variables que hay que tener en cuenta a la hora de predecir esta conducta. Entre dichas variables incluye las de riesgo (depresión y desesperanza) y las de protección (apoyo social y solución de problemas). En su estudio Yang y Clum (1994) incluyeron estas variables en un modelo de trayectorias, en el cual el estrés estaba situado a la izquierda, como nivel inicial; el apoyo social y la solución de problemas aparecían en un nivel mediacional; mientras que los síntomas depresivos y la desesperanza aparecían en un nivel de reacción primaria justo antes de la ideación suicida, como nivel de reacción final (ver figura 5).

Tal como se presenta en la figura 5, los síntomas depresivos tuvieron un efecto directo sobre la ideación suicida; mientras que el apoyo social, la solución de problemas y el estrés vital tuvieron efectos directos tanto sobre la desesperanza, como sobre los síntomas depresivos. Adicionalmente, la desesperanza presentó efectos directos sobre los síntomas depresivos. Así pues, así como la depresión fue la única variable con efectos directos, las demás (estrés vital, apoyo social, solución de problemas y desesperanza) demostraron efectos indirectos sobre las ideas suicidas.

En otro estudio, Clum, Esposito, Hirai y Nelson (2000) pretendieron predecir la ideación suicida grave (tanto autoinformada, como informada en entrevista) en estudiantes universitarios. Efectivamente estos autores, haciendo uso de métodos de regresión jerárquica múltiple, encontraron que un alto estrés vital, alta solución de problemas basada en la aproximación evitación y una baja confianza en la solución de problemas, correlacionaron significativamente con los niveles de ideación suicida auto-reportada; mientras que bajo apoyo social y baja confianza en la solución de problemas predijeron adecuadamente la ideación suicida manifiesta en entrevista. En contraste con lo anterior, ninguna de las medidas de diagnóstico psiquiátrico correlacionó significativamente con la ideación suicida. De igual manera, los autores comprobaron que la interacción entre estrés vital y apoyo social contribuye significativamente a la predicción de la ideación suicida.

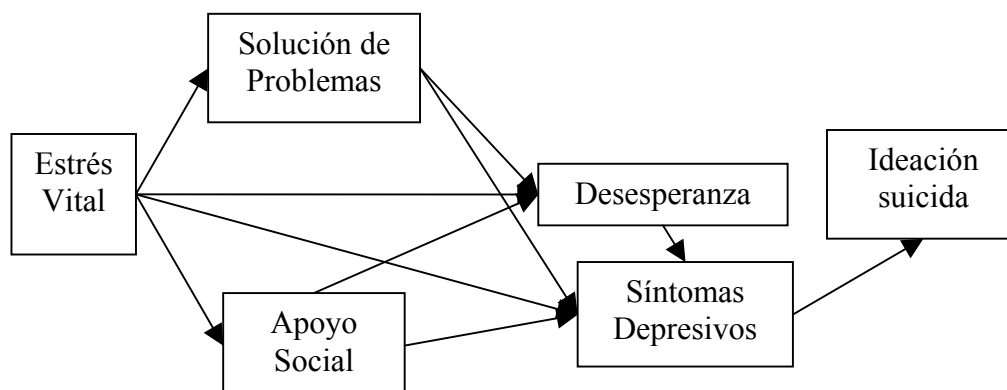


Figura 5. Modelo de estrés-solución de problemas y estrés-apoyo social en la predicción de la ideación suicida (Yang y Clum, 1994).

De otro lado, Lieberman, Solomon y Ginzburg (2005) quisieron evaluar el papel protector de la autoestima y el apoyo social sobre ciertas variables de salud (funcionamiento percibido, salud percibida, ‘distress’ mental e ideación suicida). Estos autores encontraron que la ideación suicida tenía relaciones positivas con ‘distress’ mental, así como relaciones negativas con autoestima, apoyo social y salud percibida (ver figura 6). En un modelo de regresión múltiple jerárquica, se encontró que el distress fue el principal predictor de la ideación suicida,

explicando el 26% de la varianza, seguido de la autoestima y el apoyo social que explicaron un 11% adicional, así como de la interacción autoestima-distress que aportó un 12% más de poder predictivo, por lo que el modelo explicó un 39% de la varianza de la ideación suicida.

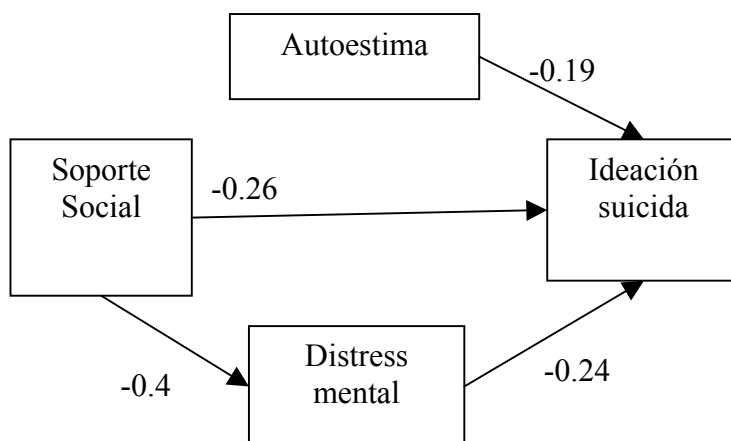


Figura 6. Modelo predictivo de la ideación suicida según Lieberman et al. (2005)

Para explicar estos hallazgos, los autores postulan que las personas que cuentan con una alta autoestima se caracterizan por un eficiente funcionamiento, creatividad, una conciencia realista y estable de sus propias capacidades, mayor implicación social y avance hacia sus metas personales, las cuales resultan contradictorias con las características presentadas por las personas con tendencia a la conducta suicida, a saber: pensamiento rígido y dicotómico, actitudes negativas hacia sí mismos y el mundo, creencias y expectativas negativas validadas por sus propios resultados; y percepciones de que la vida carece de sentido. Bajo estrés, los individuos con alta autoestima tienden a funcionar y a actuar de una forma eficiente para resolver problemas; mientras que aquellos con baja autoestima, tienden a percibirse como incapaces de afrontar los problemas y sin ninguna alternativa para ello. La ausencia de apoyo social frecuentemente acompañada por sentimientos de soledad, alienación y rechazo, puede disparar el estrés y crea distress mental, lo que a su vez se relaciona con el desarrollo de la ideación suicida (Lieberman, Solomon y Ginzburg, 2005).

Otro estudio que integra variables de riesgo y de protección fue el desarrollado por Gutierrez *et al.* (2005) quienes quisieron evaluar el papel que desempeña la depresión y las razones para vivir como mediadores entre la exposición al suicidio en un ser querido y la presencia de ideas suicidas en estudiantes de secundaria. Estos autores encontraron que la depresión, las razones para vivir y la ideación suicida tenían fuertes correlaciones en las direcciones esperadas. Haciendo uso de la técnica del análisis de trayectorias ('path-analysis'), se demostró que la depresión y las razones para vivir cumplen la función mediadora predicha; es decir que la exposición al suicidio de un ser querido no tiene un efecto directo sobre la presencia de ideas suicidas, sino que su efecto se ve mediado por la depresión y las razones para vivir que tenga el adolescente. Por último, se encontró que los adolescentes que reportaron mayores niveles de síntomas depresivos, combinados con menores razones para vivir, también reportaron mayor ideación suicida, demostrando el efecto sinérgico de estas dos variables.

Finalmente, la investigación de Wang *et al.* (2007) es uno de los pocos estudios hallados en los cuales se incluye a las razones para vivir como parte de un modelo explicativo de la ideación suicida. Así pues, dicha propuesta implica la presencia de eventos vitales estresantes, diferentes formas de afrontamiento, las razones para vivir, la satisfacción con la vida, la depresión y la desesperanza como predictores de la ideación suicida. Tal como se observa en la figura 7, el efecto de los eventos vitales estresantes es controlado por el tipo de estrategia de afrontamiento que se use, el cual a su vez influye en las razones para vivir y en la satisfacción con la vida, variables estas que afectan la posibilidad de que se presente depresión o desesperanza. Finalmente, son la depresión y las razones para vivir las únicas variables que estarían en la capacidad de predecir directamente a las ideas de suicidio.

Ahora bien, saliendo de la línea de la ideación, Metha, Chen, Mulvenon y Dode (1998) llevaron a cabo un estudio con 521 estudiantes de 7° y 8° grado, con el fin de predecir el riesgo suicida, a partir de variables de riesgo (depresión,

desesperanza y consumo de sustancias psicoactivas) y de la autoestima como variable protectora. En la figura 8 se presenta el esquema de acuerdo con el análisis de ecuaciones estructurales.

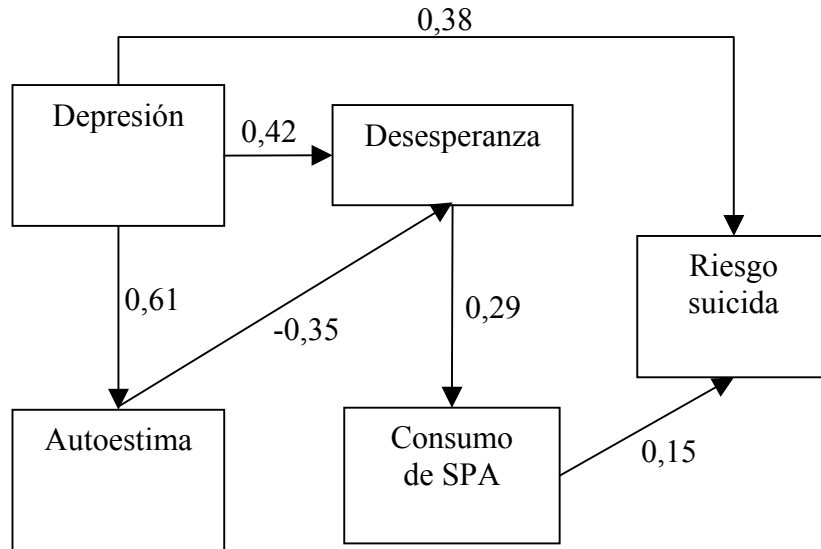


Figura 7. Modelo de trayectorias en la predicción de las conductas suicidas (Wang et al., 2007)

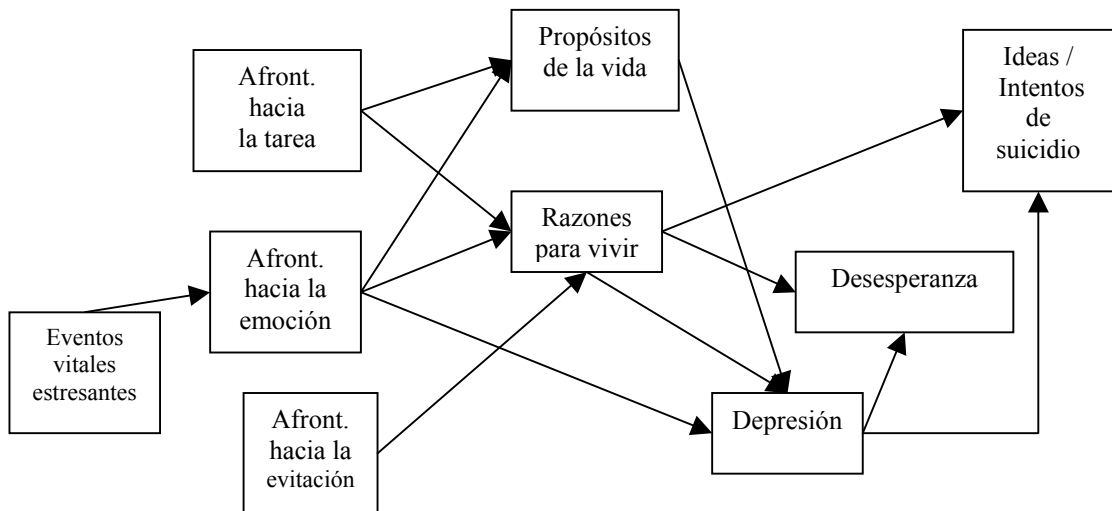


Figura 8. Modelo ajustado del riesgo suicida según Metha et al. (1998)

Metha et al. (1998) resaltan que la depresión es el predictor más fuerte del riesgo suicida y de la autoestima; mientras que la desesperanza lo era para el

consumo de SPA, mas no para el riesgo suicida. En este estudio en particular, llama la atención que el efecto de la autoestima y de la desesperanza sobre el riesgo suicida no es directo; es decir, está mediado, por lo menos, por el uso de SPA.

Finalmente, Dieserud, Roysamb, Ekeberg y Kraft (2001) parten del modelo de diátesis-estrés-desesperanza propuesto por Schotte y Clum, y reconocen que hay una clara necesidad de propuestas multivariadas de modelamiento de las conductas suicidas, que al ser más complejas expliquen mejor su realidad, y que tengan en cuenta tanto las relaciones distales (precipitantes) como las mediadoras entre las variables predictivas y las conductas suicidas. Así pues, consideran a la baja autoestima, la baja autoeficacia, la soledad y la separación o el divorcio como variables de vulnerabilidad; mientras que la depresión, la desesperanza, la solución de problemas y la ideación suicida son consideradas variables mediadoras proximales del intento de suicidio (variable dependiente).

Para ello, estos autores tomaron a 72 personas con historia de intentos de suicidio y a 51 pacientes externos psiquiátricos sin historia de conductas suicidas. En la figura 9 se presentan los resultados del modelo de ecuaciones estructurales. De igual forma, se encuentra que la depresión, la desesperanza y las ideas suicidas estuvieron fuertemente relacionadas entre sí y con la presencia del intento de suicidio; mientras que las escalas que representan los rasgos cognitivos de autoestima, autoeficacia y soledad percibida se relacionaron tanto con las escalas de depresión-desesperanza como con las de solución de problemas. Por su parte los déficit en solución del problemas tuvieron una mayor relación con la presencia de intentos de suicidio (Dieserud *et al.*, 2001).

Como se observa en la figura 9, se identificaron 2 trayectorias diferentes que influyen sobre los intentos de suicidio: a) Depresión-Desesperanza-Ideación Suicida y b) Solución de problemas – solución de problemas interpersonales. Así,

ésta representa una trayectoria directa entre variables protectoras e intento de suicidio; mientras que aquella estaría mediada por las ideas suicidas.

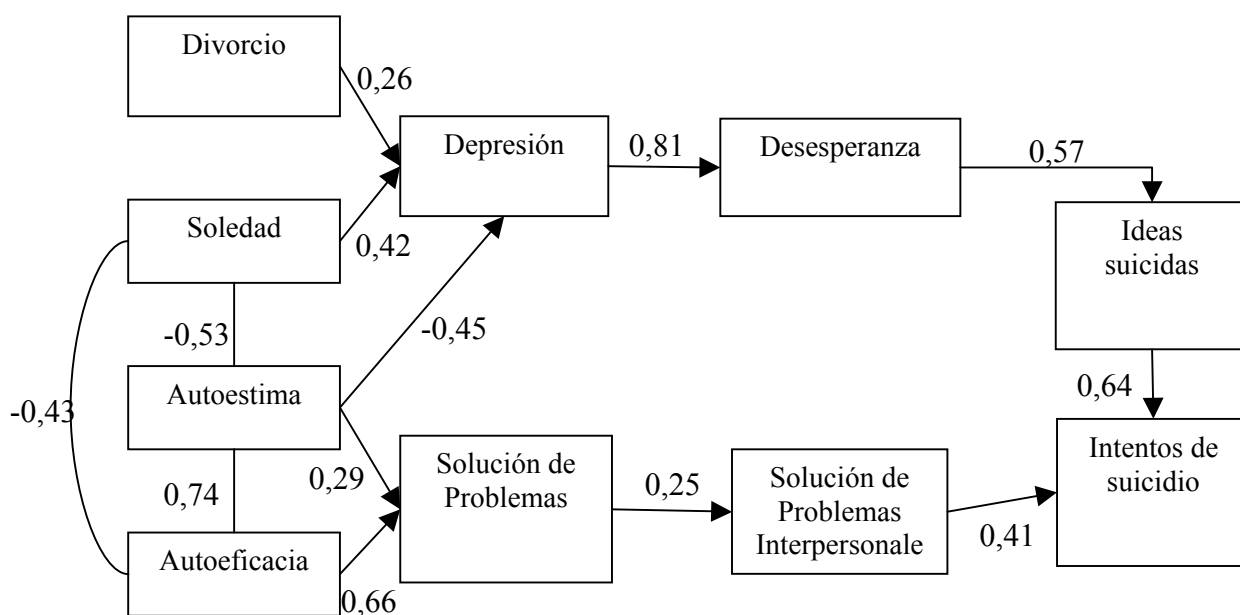


Figura 9. Modelo psicológico integrador del intento de suicidio (Dieserud et al., 2001)

Estas variables (solución de problemas e ideación suicida) fueron las únicas relacionadas con el intento de suicidio, implicando un 61% de varianza explicada. Dado que cuando se controló su efecto, ninguna otra variable se relacionó con la variable criterio, los autores sugieren que el efecto de las variables distales está mediado por la ideación suicida y la solución de problemas interpersonales (Dieserud et al., 2001).

Dos propuestas de modelos predictivos de la ideación suicida para el presente estudio

A partir de las investigaciones consultadas, así como de la experiencia profesional en la prevención de la ideación suicida, por parte del autor, se

proponen dos modelos teóricos que se asume, pueden explicar la aparición e intensidad de las ideas suicidas en la población de estudio.

El modelo de Incapacidad – Falta de Valía

En este modelo, se propone que las ideas suicidas en los estudiantes pueden surgir en dos escenarios (véase figura 10): En primer lugar, si ante la presencia de eventos vitales altamente estresantes, se presenta una sobrecarga de los recursos de afrontamiento del estudiante, la cual le lleva a una situación de desesperanza, que a su vez hace probable la presencia de pensamientos relacionados con el suicidio. En este caso se hablaría del submodelo de Incapacidad, pues las ideas suicidas surgen tras la baja efectividad autopercibida de manejo de la situación estresante y que es una versión del modelo de diátesis-estrés-desesperanza formulado por Schotte y Clum (1987).

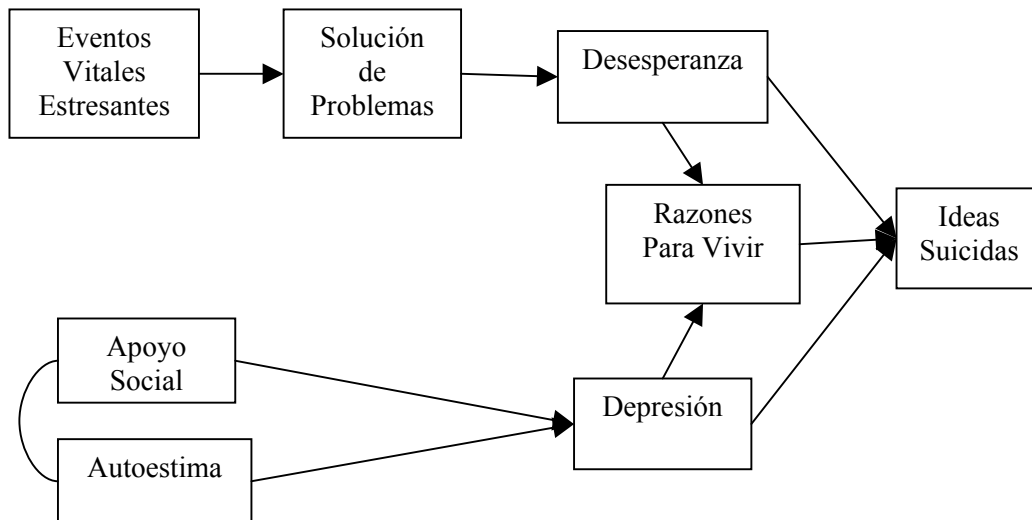


Figura 10. Modelo de Incapacidad – Falta de valía

Un segundo escenario tiene que ver con el submodelo de Falta de Valía, en virtud de la cual se asume que la autoestima y el apoyo social se encuentran altamente interrelacionados. Así pues, la baja percepción de apoyo social se relaciona con la baja autovalía, situaciones que generan la idea de falta de valor

personal y social, que se revierten en un estado de ánimo deprimido, el cual, a su vez sería un predictor directo de la ideación suicida (véase figura 10).

Como se puede observar, la propuesta de los submodelos de incapacidad y de falta de valía, guarda una alta relación con la formulada por Van Heeringer et al. (2004) de los modelos de inhibición conductual e interacción social, respectivamente.

Finalmente, la presencia de las razones para vivir se justifica pues varios autores consideran que éstas tienen tanto un efecto directo, como un efecto mediador en el origen de las ideas suicidas.

El modelo de factores de Riesgo – Protección

Este modelo alternativo surge de las tendencias de investigación en suicidio que se han centrado principalmente en la identificación de los factores de riesgo para las ideas suicidas. Así pues, en el submodelo de factores de riesgo se incluyen la presencia de eventos vitales estresantes, los cuales serían los responsables de la presencia de síntomas depresivos, que a su vez pueden generar estados de desesperanza, los que a la postre estarían dando origen a las ideas de suicidio (véase figura 11).

En el otro submodelo, se recogen las variables que a través de la investigación, se han encontrado como protectoras ante el suicidio. Se parte de la idea de que la autoestima y el apoyo social están profundamente relacionados, y que a su vez se relacionan con que el individuo despliegue unas adecuadas estrategias de solución de problemas, las cuales impedirían la aparición y agravamiento de las ideas de suicidio (véase figura 11).

Al igual que en el modelo anterior, la presencia de las razones para vivir se entiende como una variable que influye directamente en la ideación suicida, o que

también puede mediar las relaciones causales que sobre ésta tienen la desesperanza y la solución de problemas.

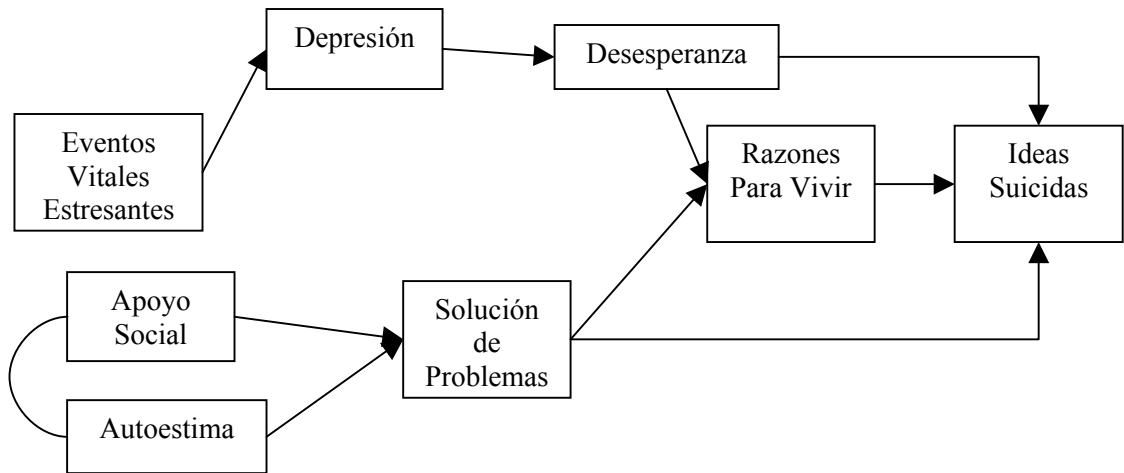


Figura 11. Modelo de Factores de Riesgo – Protección

METODOLOGÍA

Objetivos

Objetivo general

Determinar la validez de modelos predictivos de la Ideación Suicida, compuestos por depresión, desesperanza, eventos vitales estresantes, solución de problemas, autoestima, apoyo social y razones para vivir.

Objetivos específicos

Identificar las relaciones existentes entre las variables incluidas en los modelos predictivos de la ideación suicida en estudiantes, de acuerdo con sexo, etapa evolutiva y nivel académico.

Especificar cuáles son las variables que permiten la predicción de la ideación suicida en estudiantes, de acuerdo con sexo, etapa evolutiva y nivel académico

Establecer la existencia de relaciones de moderación o de mediación entre las variables predictoras de la ideación suicida en estudiantes, de acuerdo con sexo, etapa evolutiva y nivel académico.

Conocer el nivel de predicción que ofrecen los modelos teóricos de los niveles de ideación suicida presentes en estudiantes, de acuerdo con sexo, etapa evolutiva y nivel académico

Identificar, dentro de los formulados, cuál es el mejor modelo explicativo de la ideación suicida presentes en estudiantes, de acuerdo con sexo, etapa evolutiva y nivel académico.

Proponer un modelo explicativo de la ideación suicida de estudiantes, que resulte válido por sexo, etapa vital y nivel académico.

Método

Participantes

Se trabajó con 1210 estudiantes de colegios o universidades de la ciudad de San Juan de Pasto – Colombia, con edades comprendidas entre los 10 y 25 años, edades que a criterio de la OMS limitan a las etapas vitales de la adolescencia temprana (10 a 13 años), media (14 a 16 años) y tardía (17 a 18 años) y de la edad adulta joven (19 a 25 años). La muestra estuvo conformada en un 55,2% por hombres y en el restante 44,8% por mujeres (véase tabla 7). La edad de los participantes presentó una media de 16,4 años y una desviación típica de 3,7, siendo el grupo de 15 años el de mayor frecuencia de casos (n=137) y el de 10 el de menor presencia (n=2).

En cuanto a las etapas vitales, la mayor cantidad de casos (30,7%) corresponde a la adolescencia media (14 a 16 años); seguida de la adolescencia temprana (10 a 13 años con el 25,6%), la edad adulta joven (19 a 25 años, con el 22,3%) y finalmente la adolescencia tardía (17 a 18 años con el 21,4%) (véase tabla 7).

Tabla 7. Características demográficas de los grupos que componen la muestra

Grupo	Hombres (n)	Mujeres (n)	Edad media	DT edad	Edad mínima	Edad máxima	n
Hombres	-	-	16,12	3,68	10	25	668
Mujeres	-	-	16,77	3,62	10	25	542
Adol. temprana	189	121	12,11	0,81	10	13	310
Adol. media	214	157	15,00	0,79	14	16	371
Adol. tardía	130	129	17,47	0,83	17	18	259
Adultos jóvenes	135	135	21,80	1,60	19	25	270
Secundaria	445	309	14,04	1,91	10	19	754
Universitarios	223	233	20,33	2,21	15	25	456
Total	668	542	16,41	3,67	10	25	1210

Con respecto a la escolaridad de los participantes la mayor cantidad de casos se ubicó en el período de educación secundaria (grados 6° a 11°) con el 62,3%; mientras que la educación universitaria aportó el restante 37,7%. Los grados académicos con mayor participación correspondieron al primer año universitario (n=167; 13,8%) y al 9° grado de educación secundaria (n=136; 11,2%); mientras que los de menor participación fueron los estudiantes de último año de educación superior con apenas 12 casos (1%).

En lo referente al sector de la institución educativa, la muestra implicó la participación de 622 estudiantes de instituciones del sector público (51,4%) y 588 del sector privado (48,6%).

Procedimiento

Se llevó a cabo un muestreo no probabilístico, por etapas, estratificado por nivel académico (bachillerato y universitario), sector (público y privado) y año académico (de 6 a 16), con selección por conveniencia de las instituciones; aleatoria de conglomerados (cursos) y participación voluntaria de los casos. En la figura 12 se presenta un diagrama del muestreo llevado a cabo.

La aplicación de los instrumentos se hizo de manera grupal y autoaplicada en los mismos salones de clase de los estudiantes participantes.

Dadas las características éticas exigidas por las instituciones educativas, no se recolectó ningún tipo de información de aquellos estudiantes (o padres de familia) que no quisieran participar en el estudio (registro de no-respuesta).

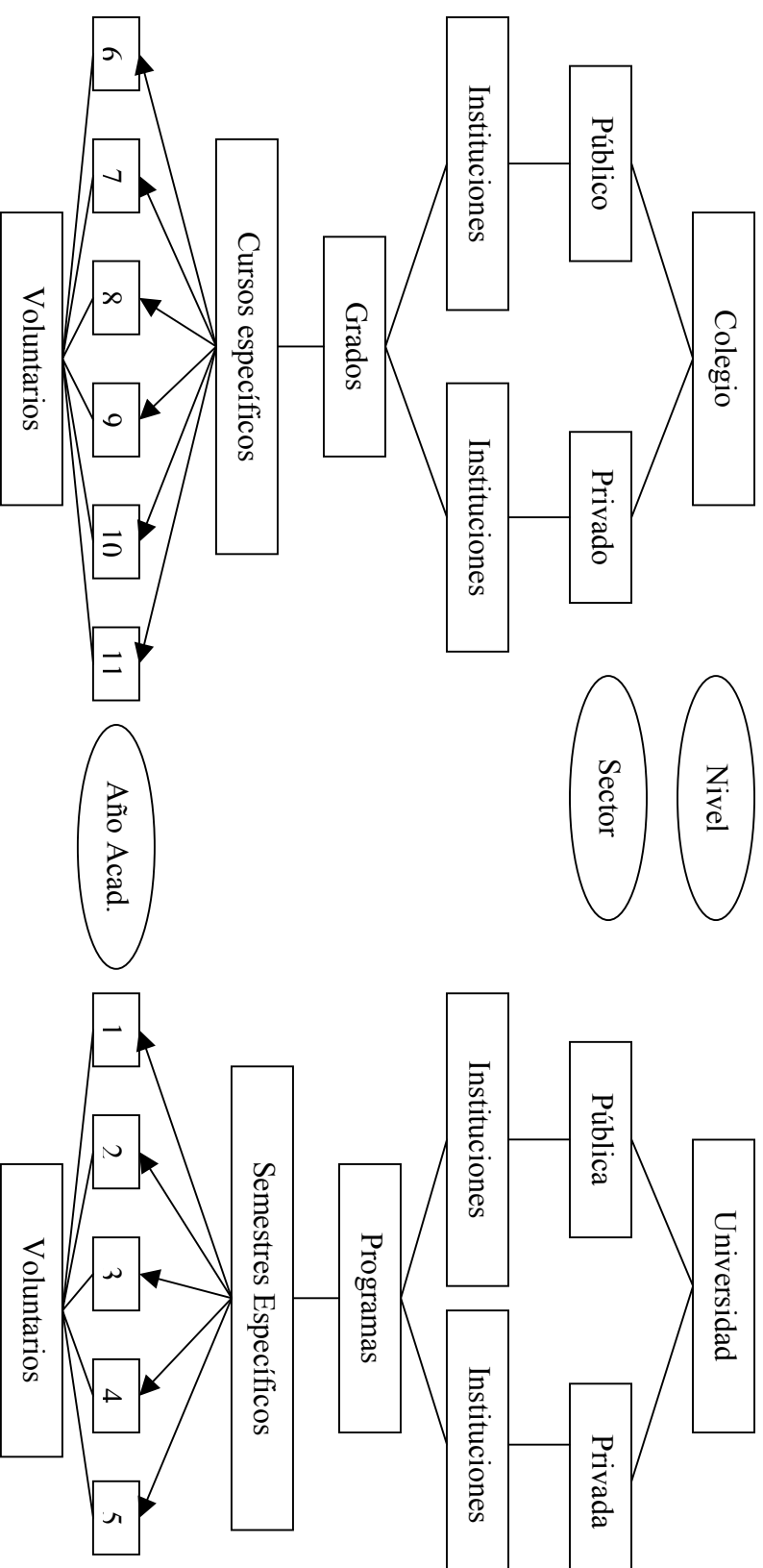


Figura 12. Esquema de organización del muestreo

Tipo de estudio

El presente estudio implica una aproximación exploratoria al análisis de variables y modelos teóricos que permitan la explicación de la ideación suicida, razón por la cual la metodología propuesta se define también como exploratoria pues se busca ver la eficiencia predictiva de algunos modelos inferidos desde la teoría, pero que no han tenido una comprobación como modelos específicos. Esta investigación se puede considerar también como correlacional, pues su objetivo central es conocer cómo se puede comportar la variable Ideación Suicida conociendo el comportamiento de otras variables relacionadas. Parafraseando a Hernández, Fernández y Baptista (1991), el interés radica en predecir el valor aproximado que tendrá un grupo de individuos en una variable (ideación suicida), a partir de los valores que presenten en las variables del modelo predictivo.

No obstante lo anterior, se puede afirmar igualmente que es un estudio de tipo causal, pues el uso de la metodología de análisis de trayectorias (*path analysis*) permite la formulación de inferencias causales a partir de datos obtenidos en investigaciones correlacionales (Catena, Ramos y Trujillo, 2003).

Diseño

La investigación cuenta con un diseño transversal; es decir, que se hace la medición del evento de estudio en un momento determinado, sin considerar su evolución en el tiempo (León y Montero, 1997).

Instrumentos

Para llevar a cabo el presente estudio se hizo uso de los siguientes instrumentos (ver anexo 1):

a) “Inventario de Ideas Suicidas Positivas y Negativas” (*Positive and Negative Suicidal Ideation – PANSI*; Osman, Gutiérrez, et al., 1998), el cual fue adaptada por medio de la técnica de traducción simple. El PANSI es un cuestionario de 14 ítems, 6 de ideación suicida positiva (factores protectores) y 8 de ideación suicida negativa (factores de riesgo), que son evaluados en el marco de las últimas dos semanas y en los que se pregunta qué tan a menudo la persona ha presentado cada uno de los 14 pensamientos. La persona debe responder haciendo uso de una escala de 5 puntos que oscilan entre 0 (nunca) y 4 (siempre). Este inventario mostró una estructura bifactorial que explicaba el 64% de la varianza, en la cual el primer factor correspondió a ideas suicidas negativas; mientras que el segundo, abarcó pensamientos protectores ante el suicidio. Tanto la escala total y las subescalas tuvieron altos niveles de consistencia interna ($0,83 < r < 0,93$) y una buena validez de constructo al presentar relaciones significativas con medidas de ideas suicidas, desesperanza y depresión (Villalobos-Galvis, 2008).

b) “Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos” (*Center of Epidemiological Studies - Depression Scale – CESD*; Radloff, 1977) es una escala compuesta por 20 ítems, con 4 opciones de respuesta, que evalúa los síntomas de depresión durante las últimas 2 semanas, en población general. Los síntomas se agrupan en cuatro escalas derivadas factorialmente: ánimo depresivo, síntomas somáticos, problemas sociales y bienestar. El CES-D ha demostrado alta consistencia interna, fiabilidad test-retest, validez concurrente y validez de constructo (Radloff, 1977). En los estudios de Villalobos-Galvis *et al.* (Villalobos-Galvis, 2007b; Villalobos, Sánchez y Ortiz, 2009) se demostró que esta escala tiene una adecuada validez factorial y que su consistencia interna tiende a ser alta (0,88 y 0,89).

c) “Escala de Desesperanza de Beck” (*Beck Hopelessness Scale – BHS*; Beck, Weissman, Lester y Trexler, 1974) consta de 22 ítems, con formato de respuesta de falso y verdadero, los cuales evalúan los tres aspectos más importantes de la desesperanza: sentimientos acerca del futuro, pérdida de la motivación y

expectativas. Posee muy buenos datos de fiabilidad y obtiene resultados positivos respecto a su validez. Esta prueba fue adaptada y validada en población de estudiantes de San Juan de Pasto, demostrando una adecuada validez factorial y una alta consistencia interna (alfa de Cronbach = 0,83) (Villalobos-Galvis, 2006).

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

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

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

g) “Inventario de Solución de Problemas Sociales” (*Social Problem Solving Inventory – SPSI*; D’Zurilla, Nezu y Maydeu-Olivares, 1997). Para este estudio, se hizo una adaptación de la prueba con una muestra de estudiantes de colegios y universidades de San Juan de Pasto, hallándose una versión de 33 ítems cuya solución bifactorial explicaba el 54% de la variabilidad total. El primer factor estaba compuesto por los ítems relacionados con la solución adecuada de problemas; mientras que el segundo aglutina los ítems que implican una inadecuada solución de problemas. La escala total tiene una consistencia interna de 0,86; mientras que la del primer factor es de 0,86 y la del segundo 0,82. Este inventario mostró relaciones significativas ($r = 0,82$) con medidas de estrés percibido (Villalobos-Galvis, 2006).

h) “Inventario de Razones para Vivir” (*Reasons For Living Inventory – RFL*, Linehan, Goodstein, Nielsen y Chiles, 1983) fue desarrollado especialmente para evaluar creencias, expectativas e intereses como atributos adaptativos o

“amortiguadores” (buffers) contra las conductas suicidas. Esta prueba fue validada en estudiantes de colegios (Moreno, 2007) y universidades (Rosero, 2008) de San Juan de Pasto, demostrando la pertinencia de una solución de 6 factores, a saber: a) autoconcepto, b) familia, c) amigos, d) miedo al suicidio, e) expectativas frente al futuro y f) recursos de afrontamiento. Además, mostró relaciones positivas con variables protectoras frente al suicidio (autoestima, apoyo social, resiliencia frente al suicidio) y relaciones negativas con las de riesgo (ideas suicidas, depresión y desesperanza). Las medidas de consistencia interna de esta prueba en tales estudios de adaptación oscilaron entre 0,91 y 0,96.

Análisis de datos

El manejo de los datos se hizo a través de los programas SPSS versión 16.0 y del AMOS, versión 16.0.

Una vez aplicados los instrumentos de medida, se procedió a realizar una base de datos en la cual se digitaron todas las respuestas ofrecidas por cada uno de los participantes de la investigación. Esta base de datos fue elaborada en el programa Excel.

Con el fin de controlar los efectos de la escala de medida, todas las calificaciones directas se convirtieron a puntuación t ($50 + [(x - media) / desv. típica] * 10$) aplicando los baremos específicos para el grupo de edad al que perteneciera, de acuerdo con la información conseguida para cada instrumento de medida en estudios previos. De esta manera, se unificó la escala de medida en una media de 50 y una desviación típica de 10, de modo tal que pueden hacerse comparaciones entre escalas.

Para el análisis de correlación bivariada se hizo uso del coeficiente de correlación producto momento de Pearson; mientras que para el análisis de regresión múltiple se utilizó la técnica de ‘*stepwise*’. Además de lo anterior, para

el cálculo de las interacciones entre variables, en la realización del análisis de regresión jerárquico, se vio la necesidad de calcular el inverso de las escalas de protección ($1/x$) cuando interactuaban con variables de riesgo, de manera tal que el cálculo del coeficiente de regresión implicara una medida más de riesgo.

Finalmente se llevó a cabo el análisis de trayectorias, haciendo uso del método de estimación por mínimos cuadrados generalizados, dada la distribución asimétrica positiva que presenta la ideación suicida. Ahora bien, aunque el número de casos ($n=1210$) permite asumir el supuesto de normalidad, se hace uso de esta técnica de estimación con la pretensión de tener estimadores más robustos. En el análisis de la significación de los coeficientes de determinación, se asumió un valor de $p<0,001$.

Consideraciones éticas

La realización de esta investigación se ciñó a lo establecido por la resolución 008430 de 1993, del Ministerio de Salud de Colombia, por la que se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud y en virtud de la cual se establece que el riesgo de este estudio puede ser clasificado como **mínimo**, toda vez que implica solamente la aplicación de pruebas psicológicas.

Para el acceso a la muestra de estudio se llevaron a cabo las siguientes actividades:

1. Presentación del proyecto de investigación al colegio o a la universidad.
2. Comunicación verbal o escrita del representante legal de la institución (o su delegado) informando de la autorización para realizar el estudio con sus estudiantes.
3. Información verbal y escrita proporcionada a los estudiantes de los grupos (cursos o semestres) seleccionados, informándoles del proceso y solicitando su aceptación para participar en el estudio.

4. Comunicación escrita dirigida a los padres de familia de los grupos (cursos o semestres) seleccionados, informándoles del proceso y solicitando autorización para que sus hijos participen del estudio (ver anexo 2).
5. Las aceptaciones (estudiantes menores de edad) y las autorizaciones (padres de familia o acudientes) solicitadas en las actividades 3 y 4 se hacían válidas sólo a través de la firma del respectivo documento (ver anexo 3).
6. A los estudiantes mayores de edad (principalmente universitarios) se les solicitaba solamente la firma de la autorización informada (ver anexo 4).
7. Sólo a los estudiantes que hubiesen rellenado el(los) formato(s) requerido(s) se les hacía entrega de las respectivas pruebas para su respuesta.

En la información escrita enviada a los estudiantes y sus padres se explicaba detalladamente el objetivo de la investigación, las condiciones de su realización, el carácter voluntario del estudio, la libertad de retirarse en el momento en que se quisiera, la posibilidad de recibir atención psicológica gratuita, entre otras. Igualmente, los participantes de la investigación quedaban inscritos en el sorteo de 5 bonos para comprar discos compactos en una tienda de música de la ciudad.

RESULTADOS

Relaciones entre variables de estudio

Relaciones entre variables de estudio en la muestra total

Al tener las correlaciones presentes entre las variables de estudio, se puede observar que todas ellas resultan altamente significativas ($p < 0,001$), lo cual implica que existen relaciones importantes entre tales constructos (véase tabla 8).

Tabla 8. Matriz de correlaciones entre las variables de estudio

	S-Eve	D	DE	AE	AS	SP	RPV
D	0,42**						
DE	0,29**	0,51**					
AE	-0,26**	-0,44**	-0,45**				
AS	-0,25**	-0,41**	-0,43**	0,44**			
SP	-0,19**	-0,40**	-0,45**	0,45**	0,39**		
RPV	-0,27**	-0,39**	-0,51**	0,40**	0,47**	0,37**	
IS	0,34**	0,56**	0,65**	-0,48**	-0,48**	-0,51**	-0,55**

Nota: S-Eve: Suma de eventos vitales estresantes; D: Depresión; DE: Desesperanza; AE: Autoestima; AS: Apoyo social; SP: Solución de problemas; RPV: Razones para vivir.
** = $p < 0,001$

De igual manera, se observa que las variables con mayores correlaciones con las demás fueron las ideas suicidas, la desesperanza y la depresión; mientras que la que presentó los menores coeficientes de correlación fue la suma de eventos vitales estresantes ($0,19 < r < 0,42$) (véase tabla 1).

De acuerdo con lo esperado, existen relaciones positivas entre todas las variables de riesgo psicológico (depresión, desesperanza y suma de EVE), sobresaliendo las que se dan entre depresión y desesperanza y entre depresión y suma de eventos vitales estresantes.

De igual forma, entre las variables de protección (autoestima, apoyo social, solución de problemas y razones para vivir) se dan relaciones positivas y altamente significativas en todos los casos. Se destacan las asociaciones presentes entre apoyo social y razones para vivir, así como entre autoestima y solución de problemas.

En congruencia con lo anterior, las relaciones entre las variables de riesgo y las de protección son, en todos los casos, de signo negativo (véase tabla 8). Se destacan las asociaciones entre desesperanza (por una parte) y razones para vivir, autoestima y solución de problemas (por otra) como las asociaciones negativas más fuertes.

Finalmente, se observa que las ideas suicidas tienen relaciones negativas con las variables de protección, destacándose la correlación con las razones para vivir y la solución de problemas; mientras que tiene relaciones positivas con las variables de riesgo, sobresaliendo la desesperanza y la depresión (véase tabla 8).

Relaciones entre variables de estudio por sexo

Relaciones entre variables en los hombres

En el caso de los hombres, se encontraron asociaciones lineales altamente significativas ($p < 0,001$) en todos los casos, siendo las ideas suicidas, la desesperanza y la depresión las que tienen en general relaciones más fuertes con todas las demás variables (véase tabla 9).

Se presentaron asociaciones positivas entre las variables de riesgo, apareciendo la correlación entre depresión y desesperanza como la más fuerte de todas. Por su parte a nivel de las variables de protección, todas las correlaciones fueron estadísticamente significativas; mientras que las asociaciones más fuertes

se dieron entre autoestima y solución de problemas, seguida por la presente entre apoyo social y razones para vivir.

Tabla 9. Matriz de correlaciones entre las variables de estudio en hombres

	S-Eve	D	DE	AE	AS	SP	RPV
D	0,42**						
DE	0,30**	0,53**					
AE	-0,30**	-0,49**	-0,45**				
AS	-0,26**	-0,43**	-0,44**	0,42**			
SP	-0,20**	-0,42**	-0,45**	0,45**	0,41**		
RPV	-0,24**	-0,39**	-0,47**	0,36**	0,43**	0,33**	
IS	0,35**	0,53**	0,65**	-0,49**	-0,47**	-0,51**	-0,55**

Nota: S-Eve: Suma de eventos vitales estresantes; D: Depresión; DE: Desesperanza; AE: Autoestima; AS: Apoyo social; SP: Solución de problemas; RPV: Razones para vivir.
** = $p < 0,001$

En cuanto a la interacción entre factores de riesgo y de protección, todas las correlaciones fueron negativas y altamente significativas, sobresaliendo las asociaciones entre autoestima y depresión y entre desesperanza y razones para vivir (véase tabla 2).

Por último, la ideación suicida tuvo correlaciones significativas con todas las variables predictoras, siendo la más fuerte con la desesperanza, seguida por las razones para vivir y la depresión.

Relaciones entre variables en las mujeres

Por otro lado, en el caso de las mujeres, las asociaciones encontradas para todas las variables fueron altamente significativas y en la dirección esperada. Se destacan las variables ideación suicida, desesperanza y razones para vivir como las que presentan correlaciones más fuertes con todas las demás variables (véase tabla 3).

En lo que atañe a las variables de riesgo, las asociaciones fueron positivas en todos los casos, siendo las más fuertes las de la depresión con la desesperanza y con la suma de eventos vitales estresantes. Para el caso de las variables de protección, todas las asociaciones son positivas y altamente significativas y las más fuertes encontradas se dieron entre apoyo social y razones para vivir.

Tabla 10. Matriz de correlaciones entre las variables de estudio en mujeres

	S-Eve	D	DE	AE	AS	SP	RPV
D	0,41**						
DE	0,27**	0,51**					
AE	-0,22**	-0,41**	-0,44**				
AS	-0,24**	-0,43**	-0,43**	0,47**			
SP	-0,17**	-0,39**	-0,46**	0,46**	0,37**		
RPV	-0,33**	-0,43**	-0,57**	0,46**	0,52**	0,43**	
IS	0,32**	0,58**	0,67**	-0,47**	-0,50**	-0,51**	-0,55**

Nota: S-Eve: Suma de eventos vitales estresantes; D: Depresión; DE: Desesperanza; AE: Autoestima; AS: Apoyo social; SP: Solución de problemas; RPV: Razones para vivir.
** = $p < 0,001$

En cuanto a la interacción entre variables de riesgo y protección, las asociaciones más importantes las presentó la desesperanza con las razones para vivir y con la solución de problemas.

Por último, la ideación suicida tuvo asociaciones significativas con todas las variables, siendo las más fuertes con la desesperanza y con la depresión.

Relaciones entre variables de estudio por cada etapa vital

Relaciones entre variables durante la adolescencia temprana

En los menores con edades comprendidas entre los 10 y los 13 años se encuentran correlaciones positivas entre las variables de riesgo, por una parte y entre las variables protectoras, por otra; mientras que hay relaciones negativas

entre los dos grupos. Todas las correlaciones resultan altamente significativas siendo la ideación suicida, la desesperanza y las razones para vivir, las variables con correlaciones más fuertes con las demás variables (véase tabla 11).

Tabla 11. Matriz de correlaciones entre las variables de estudio en adolescencia temprana

	S-Eve	D	DE	AE	AS	SP	RPV
D	0,44**						
DE	0,27**	0,46**					
AE	-0,25**	-0,39**	-0,45**				
AS	-0,24**	-0,29**	-0,39**	0,41**			
SP	-0,20**	-0,31**	-0,42**	0,39**	0,29**		
RPV	-0,25**	-0,34**	-0,53**	0,42**	0,39**	0,42**	
IS	0,38**	0,44**	0,62**	-0,48**	-0,41**	-0,47**	-0,56**

Nota: S-Eve: Suma de eventos vitales estresantes; D: Depresión; DE: Desesperanza; AE: Autoestima; AS: Apoyo social; SP: Solución de problemas; RPV: Razones para vivir.
** = $p < 0,001$

Por su parte, las correlaciones positivas más fuertes encontradas en la adolescencia temprana se dan entre las razones para vivir con la solución de problemas y con la autoestima, así como de la depresión con la desesperanza. A nivel de las relaciones negativas se destacan las existentes entre la desesperanza (de una parte) y las razones para vivir y la autoestima (de la otra).

Finalmente, al revisar las correlaciones de las variables con la ideación suicida, se observa que las asociaciones más fuertes se dan con desesperanza y con razones para vivir.

Relaciones entre variables durante la adolescencia media

En el grupo de adolescentes con edades comprendidas entre los 14 y 16 años, las relaciones que se dan entre las variables protectoras son de tipo positivo, destacándose las existentes entre el apoyo social y las razones para vivir. Por su

parte, en lo referente a las variables de riesgo, se dan relaciones positivas significativas entre todas ellas, siendo la relación más fuerte la que se da entre la depresión y la desesperanza (véase tabla 12).

Tabla 12. Matriz de correlaciones entre las variables de estudio en adolescencia media

	S-Eve	D	DE	AE	AS	SP	RPV
D	0,41**						
DE	0,23**	0,53**					
AE	-0,25**	-0,44**	-0,45**				
AS	-0,26**	-0,42**	-0,50**	0,47**			
SP	-0,21**	-0,41**	-0,53**	0,45**	0,47**		
RPV	-0,39**	-0,52**	-0,58**	0,43**	0,57**	0,45**	
IS	0,31**	0,64**	0,71**	-0,46**	-0,57**	-0,57**	-0,63**

Nota: S-Eve: Suma de eventos vitales estresantes; D: Depresión; DE: Desesperanza; AE: Autoestima; AS: Apoyo social; SP: Solución de problemas; RPV: Razones para vivir.
** = $p < 0,001$

De otro lado, entre las variables de riesgo y las de protección se encuentran relaciones negativas significativas. Así pues, se dan relaciones particularmente fuertes entre la desesperanza con las razones para vivir y con la solución de problemas, así como entre la depresión y las razones para vivir.

Finalmente, la ideación suicida tiene relaciones significativas con todas las demás variables, destacándose las asociaciones con la desesperanza, la depresión, y las razones para vivir.

Relaciones entre variables durante la adolescencia tardía

En el caso de los adolescentes con edades entre los 17 y 18 años, las variables de riesgo tienen asociaciones positivas entre sí, siendo la depresión, las ideas suicidas y la desesperanza las variables con asociaciones más fuertes con todas las demás variables (véase tabla 13).

En lo que hace referencia a las variables protectoras, todas las asociaciones son positivas y estadísticamente significativas. En particular, las relaciones más fuertes se dan entre el apoyo social y las razones para vivir y entre la solución de problemas y la autoestima.

Tabla 13. Matriz de correlaciones entre las variables de estudio en adolescencia tardía

	S-Eve	D	DE	AE	AS	SP	RPV
D	0,37**						
DE	0,30**	0,51**					
AE	-0,23**	-0,45**	-0,37**				
AS	-0,21**	-0,52**	-0,42**	0,41**			
SP	-0,03	-0,38**	-0,33**	0,46**	0,33**		
RPV	-0,19*	-0,38**	-0,43**	0,39**	0,50**	0,33**	
IS	0,29**	0,57**	0,56**	-0,41**	-0,45**	-0,38**	-0,47**

Nota: S-Eve: Suma de eventos vitales estresantes; D: Depresión; DE: Desesperanza; AE: Autoestima; AS: Apoyo social; SP: Solución de problemas; RPV: Razones para vivir. ** = $p < 0,001$; * $p < 0,01$

Por otra parte, las variables de riesgo y de protección mostraron relaciones inversas entre ellas. Las asociaciones más fuertes se dieron entre la depresión (por una parte) y el apoyo social y la autoestima (por la otra).

Por último, la ideación suicida tuvo relaciones estadísticamente significativas con todas las demás variables del estudio. En especial se destacan las asociaciones con la depresión y la desesperanza. Por su parte, la relación más débil se dio con la suma de eventos vitales estresantes.

Relaciones entre variables durante la edad adulta joven

Para el caso de los estudiantes con edades entre los 19 y los 25 años, se hallaron relaciones positivas altamente significativas entre todas las variables protectoras, en especial se destacan las asociaciones entre la autoestima, la

solución de problemas y el apoyo social. En lo referente a las variables de riesgo, se dan relaciones positivas entre todas las variables, siendo la más fuerte la existente entre depresión y desesperanza (véase tabla 14).

Tabla 14. Matriz de correlaciones entre las variables de estudio en edad adulta joven

	S-Eve	D	DE	AE	AS	SP	RPV
D	0,45**						
DE	0,38**	0,54**					
AE	-0,32**	-0,50**	-0,50**				
AS	-0,29**	-0,45**	-0,44**	0,47**			
SP	-0,27**	-0,51**	-0,48**	0,53**	0,47**		
RPV	-0,28**	-0,31**	-0,51**	0,38**	0,43**	0,30**	
IS	0,38**	0,55**	0,68**	-0,57**	-0,49**	-0,58**	-0,53**

Nota: S-Eve: Suma de eventos vitales estresantes; D: Depresión; DE: Desesperanza; AE: Autoestima; AS: Apoyo social; SP: Solución de problemas; RPV: Razones para vivir. ** = p<0,001

En cuanto a la interacción entre variables de riesgo y las de protección, se hallaron relaciones negativas estadísticamente significativas entre ellas. Se destacan las fuertes asociaciones existentes entre la depresión y la solución de problemas, así como entre la desesperanza y las razones para vivir.

Finalmente, la ideación suicida tuvo relaciones significativas con todas las variables del estudio, en especial las más fuertes se dan con la solución de problemas y la autoestima.

Relaciones entre variables de estudio por nivel académico

Relaciones entre variables durante la educación secundaria

En los estudiantes de los grados 6° a 11° de educación secundaria todas las variables estudiadas tienen correlaciones estadísticamente significativas (p<0,001)

con las demás, destacándose las ideas suicidas, la desesperanza y las razones para vivir como las más fuertemente asociadas con las demás (véase tabla 15).

Tabla 15. Matriz de correlaciones entre las variables de estudio durante la educación secundaria

	S-Eve	D	DE	AE	AS	SP	RPV
D	0,42**						
DE	0,25**	0,51**					
AE	-0,24**	-0,43**	-0,45**				
AS	-0,26**	-0,37**	-0,45**	0,44**			
SP	-0,18**	-0,36**	-0,46**	0,42**	0,38**		
RPV	-0,32**	-0,45**	-0,56**	0,44**	0,50**	0,43**	
IS	0,34**	0,56**	0,66**	-0,47**	-0,50**	-0,51**	-0,60**

Nota: S-Eve: Suma de eventos vitales estresantes; D: Depresión; DE: Desesperanza; AE: Autoestima; AS: Apoyo social; SP: Solución de problemas; RPV: Razones para vivir.
** = $p < 0,001$

Las asociaciones existentes entre las variables de riesgo, se dieron de manera positiva y estadísticamente significativa. En particular se destacan las relaciones entre la depresión y la desesperanza, así como entre la depresión y la suma de eventos vitales estresantes.

En lo que hace referencia a las variables protectoras, todas las asociaciones son positivas y altamente significativas ($p < 0,001$), notándose como más fuertes las presentes entre las razones para vivir, el apoyo social y la autoestima.

En lo que atañe a las relaciones entre las variables de riesgo y las de protección, se da una alta correlación entre razones para vivir y desesperanza, seguida por las asociaciones entre ésta con la autoestima y con la solución de problemas.

Finalmente, al revisar las correlaciones con la ideación suicida, se nota que todas ellas resultan estadísticamente significativas ($p < 0,001$) y en el signo

esperado desde la teoría. De esta manera, las asociaciones más fuertes se dan con la desesperanza, las razones para vivir y la depresión (véase tabla 15).

Relaciones entre variables durante la educación universitaria

Para concluir el apartado sobre las asociaciones entre las variables del estudio, se tiene el grupo de los estudiantes universitarios, en los cuales se dieron asociaciones estadísticamente significativas entre todas las variables (véase tabla 16). Entre ellas, las ideas suicidas, la desesperanza y la depresión fueron las que presentaron en general coeficientes de correlación más altos.

Tabla 16. Matriz de correlaciones entre las variables de estudio en educación universitaria

	S-Eve	D	DE	AE	AS	SP	RPV
D	0,41**						
DE	0,34**	0,52**					
AE	-0,31**	-0,47**	-0,45**				
AS	-0,24**	-0,48**	-0,42**	0,44**			
SP	-0,20**	-0,46**	-0,44**	0,51**	0,41**		
RPV	-0,25**	-0,33**	-0,48**	0,35**	0,43**	0,31**	
IS	0,32**	0,54**	0,64**	-0,51**	-0,46**	-0,51**	-0,50**

Nota: S-Eve: Suma de eventos vitales estresantes; D: Depresión; DE: Desesperanza; AE: Autoestima; AS: Apoyo social; SP: Solución de problemas; RPV: Razones para vivir.
** = p<0,001

Las variables de riesgo, tuvieron asociaciones positivas entre ellas, siendo la existente entre depresión y desesperanza aquella con mayor valor del coeficiente de correlación. Por su parte en las variables de protección se encontraron relaciones positivas y altamente significativas entre todas ellas, con el caso de la solución de problemas y la autoestima como la correlación más fuerte, seguida de la existente entre el apoyo social y la autoestima.

Los resultados de la interacción entre factores de riesgo y de protección se dieron acordes con lo esperado; es decir que las correlaciones tuvieron signo

negativo y alta significación estadística. Las asociaciones con los coeficientes más altos implicaron a la desesperanza y las razones para vivir, así como a la depresión en su relación con la autoestima y el apoyo social.

Finalmente, la ideación suicida tuvo correlaciones altamente significativas y con el signo esperado con todas las variables del estudio, aunque los mayores coeficientes se dieron con la desesperanza y la depresión.

Relaciones predictivas entre las variables de estudio y la ideación suicida

Relaciones predictivas en la muestra total

Para el análisis de las relaciones de predicción entre las variables de estudio y la ideación suicida, se hizo uso de la técnica de regresión múltiple, con el método stepwise. Para el caso de la muestra total, el modelo predictivo final implicó la participación de las 7 variables de estudio. El modelo alcanzó un 57,2% de varianza explicada (véase tabla 17).

Tabla 17. Varianza explicada por los modelos de regresión generados en la muestra total

<i>Variable incluida</i>	R	R ²	R ² Ajustado	Varianza adicional aportada	<i>F cambio</i>	gl 1	gl 2	<i>p cambio</i>
<i>DE</i>	0,655	0,429	0,428	0,429	906,410	1	1208	0,000
<i>D</i>	0,704	0,496	0,495	0,067	160,772	1	1207	0,000
<i>RPV</i>	0,733	0,538	0,537	0,042	109,206	1	1206	0,000
<i>SP</i>	0,750	0,562	0,561	0,024	67,334	1	1205	0,000
<i>AE</i>	0,754	0,568	0,567	0,006	17,147	1	1204	0,000
<i>S-EVE</i>	0,756	0,572	0,569	0,003	9,091	1	1203	0,003
<i>AS</i>	0,758	0,574	0,572	0,003	8,123	1	1202	0,004

Nota: S-Eve: Suma de eventos vitales estresantes; D: Depresión; DE: Desesperanza; AE: Autoestima; AS: Apoyo social; SP: Solución de problemas; RPV: Razones para vivir.

Dentro de las variables incluidas en el modelo aparecen tres grupos, a saber: a) la de aporte mayor, que implicó a la desesperanza con casi un 43% de varianza explicada; b) las de aporte bajo, compuesto por la depresión, las razones para vivir y la solución de problemas, explicando un 12,5% adicional de varianza; y c) las de aporte mínimo, compuesto por la autoestima, la suma de eventos vitales estresantes y el apoyo social, que en conjunto aportan un 1,2% adicional de explicación.

El análisis de varianza del modelo, resultó altamente significativo ($F=231,77$; $gl= 7 /1202$; $p<0,001$), demostrando que es un buen predictor de la ideación suicida.

Finalmente, en la tabla 18 se muestra que el aporte de cada una de las variables del modelo a la predicción de la ideación suicida es altamente significativo ($p<0,005$) lo cual permite avalar su inclusión en los respectivos modelos.

Tabla 18. Aporte específico de las variables del modelo a la predicción de las ideas suicidas

Variable	Coeficientes no tipificados		Coeficientes tipificados	t	p
	B	Error típico	Beta		
Constante	43,043	2,727		15,787	0,000
DE	0,304	0,023	0,328	13,185	0,000
D	0,179	0,025	0,171	7,035	0,000
RPV	-0,152	0,020	-0,175	-7,450	0,000
SP	-0,118	0,017	-0,154	-6,764	0,000
AS	-0,072	0,021	-0,080	-3,447	0,001
S-Eve	0,052	0,018	0,060	2,863	0,004
AE	-0,066	0,023	-0,067	-2,850	0,004

Nota: S-Eve: Suma de eventos vitales estresantes; D: Depresión; DE: Desesperanza; AE: Autoestima; AS: Apoyo social; SP: Solución de problemas; RPV: Razones para vivir.

Relaciones predictivas según el sexo

Hombres

En el caso de los hombres, el mejor modelo estadístico de predicción implicó el concurso de 6 variables, con las cuales se logra una explicación del 57% de la varianza (véase tabla 19). La única variable que no hizo parte del modelo fue el apoyo social.

Tabla 19. Varianza explicada por los modelos de regresión generados en hombres

Variable incluida	R	R ²	R ² Ajustado	Varianza adicional aportada	F cambio	gl 1	gl 2	p cambio
DE	0,648	0,421	0,420	0,421	483,294	1	666	0,000
RPV	0,707	0,500	0,498	0,079	105,524	1	665	0,000
SP	0,735	0,541	0,539	0,041	59,121	1	664	0,000
D	0,747	0,558	0,555	0,017	25,286	1	663	0,000
AE	0,752	0,565	0,562	0,007	11,319	1	662	0,001
S-EVE	0,755	0,571	0,567	0,006	8,651	1	661	0,003

Nota: S-Eve: Suma de eventos vitales estresantes; D: Depresión; DE: Desesperanza; AE: Autoestima; AS: Apoyo social; SP: Solución de problemas; RPV: Razones para vivir.

La primera variable incluida en el modelo es la desesperanza, la cual explica un 42% de la varianza, superando ampliamente al aporte de todas las demás variables. Las siguientes variables en orden de importancia son las razones para vivir, la solución de problemas y la depresión. Con un muy bajo aporte explicativo aparecen finalmente la autoestima y la suma de eventos vitales estresantes, que en conjunto implican una varianza explicada adicional menor del 2%.

Ahora bien, la variación de la ideación suicida fue explicada en buena manera por las variables que componen el modelo, tal como se hizo evidente en el análisis de varianza, el cual resultó altamente significativo ($F=146,45$; $gl=6/661$; $p<0,001$).

Finalmente, en la tabla 20 se presentan los coeficientes de regresión de cada una de las variables, demostrándose para todos los casos que su aporte es altamente significativo ($p < 0,005$) a la predicción de la ideación suicida.

Tabla 20. Coeficientes de predicción de la ideación suicida en hombres

Variable	Coeficientes no tipificados		Coeficientes tipificados		<i>t</i>	<i>p</i>
	B	Error típico	Beta			
Constante	46,055	3,509			13,126	0,000
DE	0,294	0,029	0,334		10,020	0,000
RPV	-0,199	0,024	-0,243		-8,167	0,000
SP	-0,129	0,022	-0,175		-5,736	0,000
D	0,117	0,038	0,104		3,065	0,002
AE	-0,096	0,031	-0,098		-3,095	0,002
S-Eve	0,069	0,023	0,084		2,941	0,003

Nota: S-Eve: Suma de eventos vitales estresantes; D: Depresión; DE: Desesperanza; AE: Autoestima; AS: Apoyo social; SP: Solución de problemas; RPV: Razones para vivir.

Mujeres

Por su parte, en las mujeres el mejor modelo de regresión de la ideación suicida implicó solo a 5 variables de estudio, lográndose un 56% de explicación de la variabilidad de la ideación suicida (véase tabla 21). Las variables que no entraron en el mejor modelo fueron la autoestima y los eventos vitales.

La variable que mayor aporte ofrece a la explicación de la ideación suicida en mujeres es la desesperanza, con un 44% de varianza, seguida de lejos por la depresión, y con valores aún más bajos, por la solución de problemas, el apoyo social y las razones para vivir.

Tabla 21. Varianza explicada por los modelos de regresión generados en mujeres

Variable incluida	R	R ²	R ² Ajustado	Varianza adicional aportada	F cambio	gl 1	gl 2	P cambio
DE	0,666	0,444	0,443	0,444	431,234	1	540	0,000
D	0,723	0,522	0,521	0,078	88,547	1	539	0,000
SP	0,743	0,552	0,550	0,030	36,008	1	538	0,000
AS	0,755	0,571	0,567	0,018	22,747	1	537	0,000
RPV	0,760	0,577	0,574	0,007	8,723	1	536	0,003

Nota: S-Eve: Suma de eventos vitales estresantes; D: Depresión; DE: Desesperanza; AE: Autoestima; AS: Apoyo social; SP: Solución de problemas; RPV: Razones para vivir.

El modelo identificado logra una buena explicación de la varianza de la ideación suicida, al ser comparada con la varianza de error, lo cual permite que se asuma como un buen modelo predictivo ($F=146,51$; $gl= 5 / 536$; $p<0,001$).

Para culminar, todas las variables presentes en el modelo representan un aporte altamente significativo ($p<0,001$) a la predicción de los valores de la ideación suicida, tal como puede verse en la prueba de hipótesis frente a los coeficientes de predicción (véase tabla 22).

Tabla 22. Coeficientes de predicción de la ideación suicida en mujeres

Variable	Coeficientes no tipificados		Coeficientes tipificados	t	P
	B	Error típico	Beta		
Constante	37,144	3,865		9,610	0,000
DE	0,350	0,037	0,357	9,503	0,000
D	0,241	0,035	0,235	6,800	0,000
SP	-0,125	0,026	-0,157	-4,743	0,000
AS	-0,113	0,031	-0,126	-3,661	0,000
RPV	-0,103	0,035	-0,110	-2,953	0,003

Nota: S-Eve: Suma de eventos vitales estresantes; D: Depresión; DE: Desesperanza; AE: Autoestima; AS: Apoyo social; SP: Solución de problemas; RPV: Razones para vivir.

Comparación por sexo

Al tomar en consideración los modelos predictivos tanto para hombres como para mujeres, un primer aspecto que salta a la vista es el papel explicativo que tiene la desesperanza, pues en ambos géneros se estableció como el principal predictor, con varianzas explicadas superiores al 40%. De otro lado, la solución de problemas representó un aporte constante a la explicación de la ideación suicida, al situarse en ambos casos en el tercer lugar, con varianzas explicadas entre el 3% y el 4%. Finalmente, las variables depresión y razones para vivir tuvieron una importancia diferente por género; así, la depresión fue la segunda más importante en las mujeres; mientras que las razones para vivir fue la segunda variable más importante en los hombres.

Por otra parte, la autoestima y la suma de eventos vitales estresantes aparecieron como predictores relevantes sólo para los hombres; mientras que el apoyo social sólo fue un buen predictor en el caso de las mujeres.

Relaciones predictivas según la etapa vital

Adolescencia temprana

En el grupo de adolescentes entre los 10 y los 13 años de edad, el mejor modelo de regresión múltiple encontrado implicó el concurso de 5 variables, siendo la depresión y el apoyo social las variables no incluidas, y logrando un nivel de explicación del 52% (véase tabla 23).

La variable que mayor aporte ofrece a la explicación de la ideación suicida es la desesperanza, con un 38% de varianza, seguida por las razones para vivir y la suma de eventos vitales estresantes. Por su parte las variables con menores aportes a la explicación de la varianza son la solución de problemas y la autoestima.

Tabla 23. Varianza explicada por los modelos de regresión generados durante la adolescencia temprana

Variable incluida	R	R ²	R ² Ajustado	Varianza adicional aportada	F cambio	gl 1	gl 2	P cambio
DE	0,617	0,380	0,378	0,380	188,835	1	308	0,000
RPV	0,676	0,457	0,453	0,077	43,419	1	307	0,000
S-EVE	0,700	0,491	0,486	0,034	20,314	1	306	0,000
SP	0,717	0,514	0,507	0,023	14,326	1	305	0,000
AE	0,725	0,526	0,518	0,013	8,131	1	304	0,005

Nota: S-Eve: Suma de eventos vitales estresantes; D: Depresión; DE: Desesperanza; AE: Autoestima; AS: Apoyo social; SP: Solución de problemas; RPV: Razones para vivir.

Al revisar el análisis de varianza del modelo, se puede afirmar que ofrece una buena explicación de la variabilidad de la ideación suicida ($F=67,53$; $gl= 5/304$; $p<0,001$), en comparación con la varianza de error.

Finalmente, según los resultados de la tabla 24, se puede afirmar que todas las variables implicadas en el modelo representan un aporte significativo a la predicción de los valores de la ideación suicida en el grupo de la adolescencia temprana.

Tabla 24. Coeficientes de predicción de la ideación suicida durante la adolescencia temprana

Variable	Coeficientes no tipificados		Coeficientes tipificados	t	p
	B	Error típico	Beta		
Constante	49,590	5,232		9,479	0,000
DE	0,307	0,047	0,328	6,545	0,000
RPV	-0,223	0,048	-0,229	-4,639	0,000
S-Eve	0,147	0,037	0,168	4,018	0,000
SP	-0,108	0,034	-0,147	-3,213	0,001
AE	-0,136	0,048	-0,133	-2,851	0,005

Nota: S-Eve: Suma de eventos vitales estresantes; D: Depresión; DE: Desesperanza; AE: Autoestima; AS: Apoyo social; SP: Solución de problemas; RPV: Razones para vivir.

Adolescencia media

Para los estudiantes con edades entre los 14 y los 16 años, se encontró que el mejor modelo estaría compuesto por 5 variables, con las cuales se obtiene un 66% de explicación de la varianza de la ideación suicida (véase la tabla 25). Quedaron excluidas de este modelo tanto la suma de los eventos vitales estresantes como la autoestima.

Tabla 25. Varianza explicada por los modelos de regresión generados en adolescencia media

<i>Variable incluida</i>	<i>R</i>	<i>R²</i>	<i>R² Ajustado</i>	<i>Varianza adicional aportada</i>	<i>F cambio</i>	<i>gl 1</i>	<i>gl 2</i>	<i>p cambio</i>
<i>DE</i>	0,713	0,509	0,507	0,509	382,197	1	369	0,000
<i>D</i>	0,777	0,604	0,601	0,095	88,045	1	368	0,000
<i>AS</i>	0,799	0,638	0,635	0,035	35,023	1	367	0,000
<i>SP</i>	0,809	0,654	0,651	0,016	17,176	1	366	0,000
<i>RPV</i>	0,816	0,666	0,661	0,011	12,447	1	365	0,000

Nota: S-Eve: Suma de eventos vitales estresantes; D: Depresión; DE: Desesperanza; AE: Autoestima; AS: Apoyo social; SP: Solución de problemas; RPV: Razones para vivir.

La variable con mayor aporte a la explicación de la ideación suicida en este grupo de edad fue la desesperanza, la cual aporta algo más de la mitad de la explicación a la varianza de la ideación suicida. Las siguientes variables predictoras, en orden de importancia, son la depresión, el apoyo social, la solución de problemas y finalmente las razones para vivir.

Ahora bien, este modelo ofrece una explicación altamente significativa de la varianza de la ideación suicida ($F=145,41$; $gl= 5 /365$; $p<0,001$), razón por la cual puede ser considerado para posteriores análisis.

Para culminar, los coeficientes de cada una de las variables incluidas en el modelo resultaron altamente significativos ($p<0,005$), lo cual implica que pueden ser consideradas en la predicción de la ideación suicida (véase tabla 26).

Tabla 26. Coeficientes de predicción de la ideación suicida durante la adolescencia media

Variable	Coeficientes no tipificados		Coeficientes tipificados	<i>t</i>	<i>p</i>
	B	Error típico	Beta		
Constante	41,587	4,345		9,572	0,000
DE	0,285	0,035	0,341	8,111	0,000
D	0,282	0,041	0,264	6,955	0,000
AS	-0,136	0,039	-0,135	-3,449	0,001
SP	-0,123	0,031	-0,148	-3,929	0,000
RPV	-0,140	0,040	-0,148	-3,528	0,000

Nota: S-Eve: Suma de eventos vitales estresantes; D: Depresión; DE: Desesperanza; AE: Autoestima; AS: Apoyo social; SP: Solución de problemas; RPV: Razones para vivir.

Adolescencia tardía

En cuanto a los jóvenes con edades entre los 17 y 18 años, se encontró que el mejor modelo estaría compuesto por 4 variables, con las cuales se obtiene un 46% de explicación de la varianza de la ideación suicida (véase la tabla 27). En este caso, las variables no incluidas en el modelo corresponden al apoyo social, la autoestima y la suma de los eventos vitales estresantes.

Tabla 27. Varianza explicada por los modelos de regresión generados en adolescencia tardía

Variable incluida	R	R ²	R ² Ajustado	Varianza adicional aportada	<i>F</i> cambio	gl 1	gl 2	<i>p</i> cambio
DE	0,566	0,321	0,318	0,321	121,246	1	257	0,000
D	0,649	0,421	0,417	0,101	44,566	1	256	0,000
RPV	0,675	0,456	0,449	0,034	16,141	1	255	0,000
SP	0,682	0,465	0,456	0,009	4,289	1	254	0,039

Nota: S-Eve: Suma de eventos vitales estresantes; D: Depresión; DE: Desesperanza; AE: Autoestima; AS: Apoyo social; SP: Solución de problemas; RPV: Razones para vivir.

En esta etapa vital, la variable de mayor aporte a la predicción de la ideación suicida fue la desesperanza con el 32%, seguida de la depresión. Con menores valores estuvieron las razones para vivir y la solución de problemas.

El modelo, compuesto por las variables arriba mencionadas ofrece una explicación altamente significativa ($F=55,14$; $gl= 4/254$; $p<0,001$) de la variabilidad de la ideación suicida.

Finalmente, las pruebas de hipótesis de los coeficientes de regresión de las variables incluidas en el modelo, resultaron estadísticamente significativas ($p<,05$), lo cual implica que pueden ser consideradas en la predicción de valores específicos de la ideación suicida en este grupo (véase tabla 28).

Tabla 28. Coeficientes de predicción de la ideación suicida durante la adolescencia tardía

Variable	Coeficientes no tipificados		Coeficientes tipificados	t	p
	B	Error típico	Beta		
Constante	32,088	4,989		6,432	0,000
D	0,292	0,053	0,308	5,510	0,000
DE	0,297	0,058	0,286	5,086	0,000
RPV	-0,161	0,044	-0,192	-3,627	0,000
SP	-0,081	0,039	-0,106	-2,071	0,039

Nota: S-Eve: Suma de eventos vitales estresantes; D: Depresión; DE: Desesperanza; AE: Autoestima; AS: Apoyo social; SP: Solución de problemas; RPV: Razones para vivir.

Edad adulta joven

Finalmente, para los adultos con edades entre los 19 y los 25 años, se encontró que el mejor modelo implica la presencia de 5 variables predictoras, con las cuales se alcanza un 61% de varianza explicada (véase tabla 29). En este modelo no se incluyen el apoyo social, ni la suma de los eventos vitales estresantes.

Tabla 29. Varianza explicada por los modelos de regresión generados durante la edad adulta joven

Variable incluida	R	R ²	R ² Ajustado	Varianza adicional aportada	F cambio	gl 1	gl 2	p cambio
DE	0,680	0,462	0,460	0,462	230,000	1	268	0,000
SP	0,740	0,547	0,544	0,085	50,155	1	267	0,000
RPV	0,766	0,586	0,581	0,039	25,122	1	266	0,000
AE	0,778	0,606	0,600	0,020	13,338	1	265	0,000
D	0,784	0,615	0,608	0,009	6,261	1	264	0,013

Nota: S-Eve: Suma de eventos vitales estresantes; D: Depresión; DE: Desesperanza; AE: Autoestima; AS: Apoyo social; SP: Solución de problemas; RPV: Razones para vivir.

Para esta etapa vital la variable que ofrece un 46% de explicación de la variación de la ideación suicida es la desesperanza, seguida por la solución de problemas, las razones para vivir y la autoestima. Se destaca que en esta etapa, la depresión aporta apenas un 1% de explicación a la varianza.

De acuerdo con el análisis de varianza calculado, el modelo hallado ofrece una buena proporción de explicación de la variabilidad de la ideación suicida ($F=84,35$; $gl= 5 /264$; $p<0,001$).

Finalmente, según los datos de la tabla 30, los coeficientes de regresión para cada una de las variables incluidas en el modelo predictivo resultaron estadísticamente significativos ($p<0,05$), confirmando el poder predictivo de cada variable.

Comparación por etapas vitales

Al tomar en consideración los análisis realizados para cada una de las etapas vitales, se encuentra que en todos los grupos la desesperanza fue la variable que más varianza explicada ofrece de la ideación suicida, aportando entre un 32 y

un 51% de explicación. De igual manera, las razones para vivir y la solución de problemas fueron las otras dos variables que estuvieron en los modelos predictivos de todas las etapas vitales (véase tabla 31).

Tabla 30. Coeficientes de predicción de la ideación suicida en adultos jóvenes

Variable	Coeficientes no tipificados		Coeficientes tipificados		t	p
	B	Error típico	Beta			
Constante	48,924	5,214			9,383	0,000
DE	0,333	0,053	0,327		6,249	0,000
SP	-0,162	0,035	-0,222		-4,566	0,000
RPV	-0,152	0,033	-0,206		-4,582	0,000
AE	-0,145	0,047	-0,151		-3,073	0,002
D	0,122	0,049	0,123		2,502	0,013

Nota: S-Eve: Suma de eventos vitales estresantes; D: Depresión; DE: Desesperanza; AE: Autoestima; AS: Apoyo social; SP: Solución de problemas; RPV: Razones para vivir.

Por su parte, la autoestima resultó importante en las etapas extremas; es decir, en la adolescencia temprana y en la edad adulta joven, mas no en las etapas intermedias; mientras que la depresión fue significativa en todas las etapas, menos en la adolescencia temprana. De otro lado, la suma de eventos vitales sólo fue predictiva en la adolescencia temprana; mientras que el apoyo social sólo lo fue en la adolescencia media.

Tabla 31. Cuadro comparativo del orden de las variables predictivas en las diferentes etapas vitales

Orden	Adolescencia temprana	Adolescencia media	Adolescencia tardía	Edad adulta joven
1	DE	DE	DE	DE
2	RPV	D	D	SP
3	S-Eve	AS	RPV	RPV
4	SP	SP	SP	AE
5	AE	RPV		D
Varianza Expl.	52%	66%	46%	61%

Nota: S-Eve: Suma de eventos vitales estresantes; D: Depresión; DE: Desesperanza; AE: Autoestima; AS: Apoyo social; SP: Solución de problemas; RPV: Razones para vivir.

De otro lado, al revisar el poder explicativo de los modelos calculados se observa que la mayor varianza explicada se alcanza en la adolescencia media (65,4%); mientras que el más bajo se da en la adolescencia tardía (47,8%).

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

Relaciones predictivas según el nivel educativo

Educación secundaria

En el caso de los estudiantes de los grados 6° a 11° de educación secundaria, el mejor modelo estadístico de predicción implicó la participación de 6 variables, con las cuales se logra una explicación del 59% de la varianza (véase tabla 32). La variable que no hizo parte del modelo predictivo fue la autoestima.

Tabla 32. Varianza explicada por los modelos de regresión generados en estudiantes de secundaria

<i>Variable incluida</i>	<i>R</i>	<i>R²</i>	<i>R² Ajustado</i>	<i>Varianza adicional aportada</i>	<i>F cambio</i>	<i>gl 1</i>	<i>gl 2</i>	<i>p cambio</i>
<i>DE</i>	0,662	0,439	0,438	0,439	587,779	1	752	0,000
<i>RPV</i>	0,717	0,514	0,512	0,075	115,486	1	751	0,000
<i>D</i>	0,746	0,557	0,555	0,044	73,778	1	750	0,000
<i>SP</i>	0,760	0,578	0,576	0,021	37,103	1	749	0,000
<i>AS</i>	0,766	0,587	0,585	0,009	17,109	1	748	0,000
<i>S-EVE</i>	0,768	0,590	0,587	0,003	5,537	1	747	0,019

Nota: S-Eve: Suma de eventos vitales estresantes; D: Depresión; DE: Desesperanza; AE: Autoestima; AS: Apoyo social; SP: Solución de problemas; RPV: Razones para vivir.

La primera variable incluida en el modelo es la desesperanza, la cual explica un 44% de la varianza, seguida por las razones para vivir y la depresión

que juntas aportan un 11,9% de varianza explicada adicional. Con aportes menos importantes (en conjunto un 3,3%) se encuentran la solución de problemas, el apoyo social y la suma de eventos vitales estresantes.

Ahora bien, la variación de la ideación suicida fue explicada en buena manera por la las variables que componen el modelo, tal como se hizo evidente en el análisis de varianza, el cual resultó altamente significativo ($F=179,5$; $gl= 6/747$; $p<0,001$).

Finalmente, en la tabla 33 se presentan los coeficientes de regresión de cada una de las variables, demostrándose para todos los casos que su aporte es significativo ($p<0,05$) a la predicción de la ideación suicida.

Tabla 33. Coeficientes de predicción de la ideación suicida en educación secundaria

Variables	Coeficientes no tipificados		Coeficientes tipificados	t	p
	B	Error típico	Beta		
Constante	43,009	3,381		12,719	0,000
DE	0,284	0,028	0,319	10,121	0,000
RPV	-0,187	0,030	-0,192	-6,172	0,000
D	0,210	0,032	0,193	6,509	0,000
SP	-0,121	0,022	-0,155	-5,607	0,000
AS	-0,107	0,027	-0,112	-3,964	0,000
S-Eve	0,055	0,023	0,062	2,353	0,019

Nota: S-Eve: Suma de eventos vitales estresantes; D: Depresión; DE: Desesperanza; AE: Autoestima; AS: Apoyo social; SP: Solución de problemas; RPV: Razones para vivir.

Educación universitaria

En el grupo de universitarios, el mejor modelo de regresión múltiple encontrado implicó el concurso de 5 variables, logrando un nivel de explicación

del 54% (véase tabla 34), siendo el apoyo social y la suma de los eventos vitales estresantes las variables no incluidas.

Tabla 34. Varianza explicada por los modelos de regresión generados en universitarios

<i>Variable incluida</i>	R	R ²	R ² Ajustado	Varianza adicional aportada	<i>F cambio</i>	gl 1	gl 2	<i>p cambio</i>
<i>DE</i>	0,637	0,406	0,404	0,406	309,679	1	454	0,000
<i>SP</i>	0,688	0,473	0,471	0,068	58,117	1	453	0,000
<i>RPV</i>	0,716	0,512	0,509	0,039	35,982	1	452	0,000
<i>D</i>	0,733	0,537	0,533	0,025	24,552	1	451	0,000
<i>AE</i>	0,740	0,547	0,542	0,010	9,762	1	450	0,002

Nota: S-Eve: Suma de eventos vitales estresantes; D: Depresión; DE: Desesperanza; AE: Autoestima; AS: Apoyo social; SP: Solución de problemas; RPV: Razones para vivir.

La variable que mayor aporte ofrece a la explicación de la ideación suicida es la desesperanza, con un 40% de varianza, seguida por la solución de problemas, las razones para vivir y la depresión. Por último, la autoestima es la variable con menor aporte (1%) a la varianza explicada de la ideación suicida.

Al revisar el análisis de varianza del modelo, se puede afirmar que ofrece una buena explicación de la variabilidad de la ideación suicida ($F=108,67$; $gl= 5 /450$; $p<0,001$), en comparación con la varianza de error.

Finalmente, según los resultados de la tabla 35, se puede afirmar que todas las variables implicadas en el modelo representan un aporte significativo ($p<0,01$) a la predicción de los valores de la ideación suicida en el grupo de estudiantes universitarios.

Comparación por nivel educativo

Al tomar en consideración los modelos predictivos por nivel educativo, se encuentra que en todos ellos aparecieron de manera constante la desesperanza, las

razones para vivir, la solución de problemas y la depresión. Los modelos identificados explicaron entre el 54 y el 59% de la varianza, siendo mayor la explicación en los estudiantes de secundaria.

Tabla 35. Coeficientes de predicción de la ideación suicida en estudiantes universitarios

Variable	Coeficientes no tipificados		Coeficientes tipificados		p
	B	Error típico	Beta	t	
Constante	43,135	4,099		10,523	0,000
DE	0,334	0,042	0,327	7,911	0,000
SP	-0,122	0,029	-0,167	-4,241	0,000
RPV	-0,145	0,027	-0,197	-5,359	0,000
D	0,164	0,039	0,169	4,231	0,000
AE	-0,118	0,038	-0,125	-3,124	0,002

Nota: S-Eve: Suma de eventos vitales estresantes; D: Depresión; DE: Desesperanza; AE: Autoestima; AS: Apoyo social; SP: Solución de problemas; RPV: Razones para vivir.

Al comparar las variables que aparecieron en los modelos se puede observar que mientras el apoyo social y la suma de los eventos vitales son relevantes en la educación secundaria, no lo son en los universitarios en quienes la autoestima sí es un predictor importante de la ideación suicida (ver tabla 36).

De las variables que aparecen de manera constante en los modelos, se destaca el aporte explicativo de la desesperanza, el cual estuvo entre el 40 y el 44% en los dos modelos.

Relaciones de mediación y moderación en los modelos predictivos

Este análisis se hace con dos objetivos en particular: por un lado, con el fin de conocer el porcentaje de varianza explicada por cada uno de los modelos teóricos propuestos y, por el otro, el de evaluar posibles relaciones de mediación o moderación entre las variables del estudio.

Para ello se tomó cada uno de los modelos y se dividió en sus partes, para las cuales se realizaron análisis de regresión jerárquica, con la técnica stepwise, incluyendo las variables en el orden definido por cada sub modelo, así como las interacciones de primer orden (entre cada par de variables).

El uso de esta técnica de regresión lineal múltiple permite suponer que la inclusión de una variable siempre va a implicar un mejoramiento del poder explicativo del modelo (R^2), manteniéndose la significación del mismo (análisis de varianza y prueba F). Tomando esto en consideración y pretendiendo economizar espacio, no se presentarán los datos específicos de los análisis de varianza en cada caso, baste al lector saber que en todos los casos se asume un modelo como estadísticamente significativo si la significación de la prueba F es $p < 0,001$.

En los últimos dos pasos del análisis se ingresan las razones para vivir y las interacciones de primer orden entre ésta y las variables previamente incluidas en el modelo, con el fin de comprobar relaciones de mediación o de moderación que puedan tener las mencionadas razones para vivir.

Submodelo de Incapacidad

El submodelo teórico propuesto se representa en la figura 13, en la cual se puede ver que la vía predictiva de la ideación suicida inicia con la presencia de eventos vitales estresantes, los cuales generan en el individuo la percepción de tener una baja habilidad de solución de problemas, lo que a la postre lleva a la desesperanza para así dar origen a las ideas de suicidio. De manera adicional se incluyen las razones para vivir como un posible mediador del efecto de la anterior ruta causal.

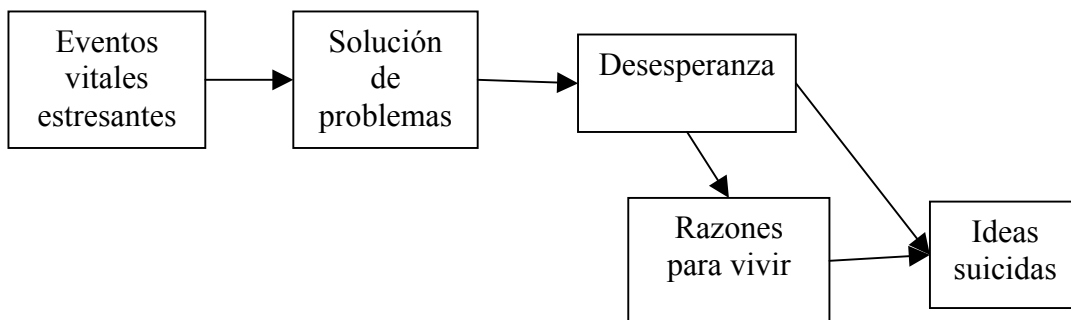


Figura 13. Relaciones del Submodelo de incapacidad

Muestra total

Tal como se presenta en la tabla 36, el submodelo de Incapacidad permite una explicación del 51,5% de la variabilidad de la ideación suicida; mientras que si se adicionan las razones para vivir, el poder explicativo asciende a 54,7%.

De acuerdo con el análisis de regresión jerárquica, las dos variables que generan los cambios más significativos en la explicación de la ideación suicida son la solución de problemas y la desesperanza.

Tabla 36. Cambios en varianza explicada con la inclusión de predictores del modelo de esquema de incapacidad

Variable adicional	R	R ²	R ² ajustado	Estadísticas de cambio				
				Cambio en R ²	F del cambio	gl1	gl2	p
S-Eve	0,340	0,116	0,115	0,116	157,952	1	1208	0,000
SP	0,566	0,320	0,319	0,205	363,787	1	1207	0,000
EVE x SP	0,579	0,335	0,334	0,015	27,111	1	1206	0,000
DE	0,717	0,513	0,512	0,178	440,761	1	1205	0,000
EVE x DE	0,719	0,517	0,515	0,004	9,084	1	1204	0,003
RPV	0,741	0,550	0,547	0,033	86,962	1	1203	0,000

Nota: S-Eve: Suma de eventos vitales estresantes; SP: Solución de problemas; DE: Desesperanza; RPV: Razones para vivir.

En el modelo se incluyeron también las interacciones entre eventos vitales y solución de problemas, así como entre eventos vitales y desesperanza, las cuales fueron las únicas estadísticamente significativas (véase tabla 37), lo que permite comprobar la hipótesis de que tanto la solución de problemas, como la desesperanza, son variables moderadoras de los eventos vitales estresantes, pues su interacción genera un cambio significativo en la explicación del modelo.

Tabla 37. Cambios en la significación de los predictores con su inclusión en el submodelo de incapacidad

Modelo		Coeficientes no tipificados		Coeficientes tipificados		
		B	Error típico	Beta	t	p
1	Constante	34,560	1,199		28,821	0,000
	S-Eve	0,293	0,023	0,340	12,568	0,000
2	Constante	55,400	1,516		36,533	0,000
	S-Eve	0,219	0,021	0,254	10,496	0,000
	SP	-0,354	0,019	-0,461	-19,073	0,000
3	Constante	59,080	1,658		35,624	0,000
	S-Eve	0,234	0,021	0,271	11,238	0,000
	SP	-0,422	0,023	-0,551	-18,680	0,000
	EVEExSP	-0,853	0,164	-0,155	-5,207	0,000
4	Constante	32,633	1,898		17,194	0,000
	S-Eve	0,141	0,018	0,164	7,686	0,000
	SP	-0,248	0,021	-0,323	-11,782	0,000
	EVEExSP	-0,603	0,141	-0,109	-4,286	0,000
	DE	0,452	0,022	0,488	20,994	0,000
5	Constante	45,969	4,812		9,553	0,000
	S-Eve	-0,100	0,082	-0,116	-1,219	0,223
	SP	-0,252	0,021	-0,328	-11,968	0,000
	EVEExSP	-0,635	0,141	-0,115	-4,514	0,000
	DE	0,191	0,089	0,206	2,142	0,032
	EVEExDE	0,005	0,002	0,454	3,014	0,003
6	Constante	56,706	4,789		11,840	0,000
	S-Eve	-0,092	0,079	-0,107	-1,161	0,246
	SP	-0,216	0,021	-0,282	-10,454	0,000
	EVEExSP	-0,546	0,136	-0,099	-4,004	0,000
	DE	0,150	0,086	0,161	1,734	0,083
	EVEExDE	0,004	0,002	0,390	2,679	0,007
	RPV	-0,188	0,020	-0,216	-9,325	0,000

Nota: S-Eve: Suma de eventos vitales estresantes; SP: Solución de problemas; DE: Desesperanza; RPV: Razones para vivir.

De otro lado, el ingreso de las razones para vivir en el modelo se asoció con una pérdida de significación del efecto directo de la desesperanza sobre la ideación suicida, sin embargo, no se puede asumir que se da una función mediadora, pues en pruebas adicionales se demostró que esta pérdida de significación se da sólo en la presencia de la interacción entre desesperanza y eventos vitales.

Efectos por sexo

HOMBRES

Tal como se presenta en la tabla 38, el submodelo de Incapacidad permite una explicación del 51% de la variabilidad de la ideación suicida; mientras que si se adicionan las razones para vivir, el poder explicativo asciende al 56%.

Tabla 38. Cambios en varianza explicada con la inclusión de predictores del submodelo de incapacidad en hombres

Variable adicional	R	R ²	R ² ajustado	Estadísticas de cambio				
				Cambio en R ²	F del cambio	gl1	gl2	p
S-Eve	0,349	0,122	0,120	0,122	92,368	1	666	0,000
SP	0,567	0,322	0,320	0,200	195,981	1	665	0,000
EVE x SP	0,575	0,331	0,328	0,009	9,247	1	664	0,002
DE	0,712	0,507	0,504	0,176	237,095	1	663	0,000
EVE x DE	0,716	0,513	0,509	0,006	8,012	1	662	0,005
RPV	0,750	0,563	0,559	0,050	75,569	1	661	0,000

Nota: S-Eve: Suma de eventos vitales estresantes; D: Depresión; DE: Desesperanza; AE: Autoestima; AS: Apoyo social; SP: Solución de problemas; RPV: Razones para vivir.

De acuerdo con el análisis de regresión jerárquica, las dos variables con mayores aportes a la explicación de la ideación suicida son la solución de problemas y la desesperanza.

En el modelo, también ingresó la interacción entre eventos vitales y solución de problemas, así como entre eventos vitales y desesperanza, las cuales fueron las únicas interacciones que se presentaron como predictores significativos de la ideación suicida (véase tabla 39), lo que permite comprobar la hipótesis de que tanto la solución de problemas, como la desesperanza, son variables moderadoras de los eventos vitales estresantes, pues su interacción genera un cambio significativo en la explicación del modelo. Ahora bien, la interacción de los eventos vitales estresantes con la desesperanza es tan importante que con su inclusión se pierde la significación específica de cada una de esas variables.

Por otra parte, no se comprueban relaciones de mediación, pues el ingreso de cada una de las variables aisladas no generó una pérdida de significación estadística de los coeficientes de regresión de las demás variables previamente incluidas en el modelo.

Tabla 39. Cambios en la significación de los predictores con su inclusión en el submodelo de incapacidad en hombres

Modelo		Coeficientes no tipificados		Coeficientes tipificados		<i>t</i>	<i>p</i>
		B	Error típico	Beta			
1	Constante	34,341	1,523			22,542	0,000
	S-Eve	0,288	0,030	0,349		9,611	0,000
2	Constante	54,584	1,971			27,689	0,000
	S-Eve	0,212	0,027	0,257		7,894	0,000
	SP	-0,337	0,024	-0,456		-13,999	0,000
3	Constante	57,205	2,140			26,725	0,000
	S-Eve	0,225	0,027	0,273		8,317	0,000
	SP	-0,387	0,029	-0,524		-13,339	0,000
	EVEExSP	-0,630	0,207	-0,121		-3,041	0,002
4	Constante	32,925	2,422			13,594	0,000
	S-Eve	0,136	0,024	0,165		5,703	0,000
	SP	-0,234	0,027	-0,317		-8,723	0,000
	EVEExSP	-0,518	0,178	-0,099		-2,909	0,004
	DE	0,427	0,028	0,483		15,398	0,000
5	Constante	48,022	5,853			8,205	0,000
	S-Eve	-0,138	0,100	-0,167		-1,380	0,168
	SP	-0,238	0,027	-0,322		-8,908	0,000

	EVE x SP	-0,562	0,178	-0,107	-3,159	0,002
	DE	0,135	0,107	0,153	1,264	0,207
	EVE x DE	0,005	0,002	0,540	2,830	0,005
6	Constante	58,767	5,684		10,338	0,000
	S-Eve	-0,104	0,095	-0,126	-1,095	0,274
	SP	-0,203	0,026	-0,275	-7,915	0,000
	EVE x SP	-0,477	0,169	-0,091	-2,824	0,005
	DE	0,111	0,101	0,126	1,100	0,272
	EVE x DE	0,004	0,002	0,428	2,361	0,019
	RPV	-0,211	0,024	-0,258	-8,693	0,000

Nota: S-Eve: Suma de eventos vitales estresantes; SP: Solución de problemas; DE: Desesperanza; RPV: Razones para vivir.

MUJERES

En este grupo de la muestra, el submodelo de Incapacidad permite una explicación del 51,9% de la variabilidad de la ideación suicida; mientras que si se adicionan las razones para vivir, el poder explicativo asciende a 53,3% (véase tabla 40).

Tabla 40. Cambios en varianza explicada con la inclusión de predictores del modelo de esquema de incapacidad en mujeres

Variable adicional	R	R ²	R ² ajustado	Estadísticas de cambio				
				Cambio en R ²	F del cambio	gl1	gl2	p
S-Eve	0,323	0,105	0,103	0,105	63,029	1	540	0,000
SP	0,561	0,315	0,313	0,211	165,867	1	539	0,000
EVE x SP	0,583	0,339	0,336	0,024	19,654	1	538	0,000
DE	0,723	0,522	0,519	0,183	205,389	1	537	0,000
RPV	0,733	0,537	0,533	0,015	17,641	1	536	0,000

Nota: S-Eve: Suma de eventos vitales estresantes; SP: Solución de problemas; DE: Desesperanza; RPV: Razones para vivir.

De acuerdo con el análisis de regresión jerárquica, las dos variables que aportan los cambios más significativos en la explicación de la ideación suicida son la solución de problemas y la desesperanza. Se incluyó también la interacción entre eventos vitales y solución de problemas (EVE x SP), ya que fue la única interacción estadísticamente significativa.

Al revisar el comportamiento de los coeficientes de regresión en cada paso (véase tabla 41), se observa que la inclusión de las interacciones entre eventos vitales y solución de problemas es significativa, lo que permite comprobar la hipótesis de que la solución de problemas es una variable moderadora de los eventos vitales estresantes, pues su interacción genera un cambio significativo en la explicación del modelo.

De otro lado, en las mujeres no se comprobó ningún efecto mediador, pues la inclusión de cada una de las variables del modelo, no implicó la pérdida de significación de alguna variable previamente introducida en él.

Tabla 41. Cambios en la significación de los predictores con su inclusión en el submodelo de incapacidad en mujeres

Modelo		Coeficientes no tipificados		Coeficientes tipificados		<i>t</i>	<i>p</i>
		B	Error típico	Beta			
1	Constante	35,139	1,925			18,255	0,000
	S-Eve	0,294	0,037	0,323		7,939	0,000
2	Constante	56,440	2,361			23,906	0,000
	S-Eve	0,224	0,033	0,246		6,818	0,000
	SP	-0,372	0,029	-0,465		-12,879	0,000
3	Constante	61,732	2,610			23,651	0,000
	S-Eve	0,242	0,033	0,267		7,441	0,000
	SP	-0,469	0,036	-0,587		-13,072	0,000
	EVExSP	-10,175	0,265	-0,201		-4,433	0,000
4	Constante	31,971	3,041			10,512	0,000
	S-Eve	0,142	0,029	0,157		4,986	0,000
	SP	-0,260	0,034	-0,326		-7,688	0,000
	EVExSP	-0,688	0,228	-0,117		-3,016	0,003
	DE	0,488	0,034	0,499		14,331	0,000
5	Constante	42,156	3,854			10,939	0,000
	S-Eve	0,115	0,029	0,127		3,995	0,000
	SP	-0,227	0,034	-0,284		-6,627	0,000
	EVExSP	-0,601	0,226	-0,103		-2,663	0,008
	DE	0,424	0,037	0,433		11,482	0,000
	RPV	-0,148	0,035	-0,158		-4,200	0,000

Nota: S-Eve: Suma de eventos vitales estresantes; SP: Solución de problemas; DE: Desesperanza; RPV: Razones para vivir.

Efectos por etapa vital

ADOLESCENCIA TEMPRANA

Tal como se presenta en la tabla 42, el submodelo de Incapacidad permite una explicación cercana al 48% de la variabilidad de la ideación suicida; mientras que si se adicionan las razones para vivir, el poder explicativo asciende casi al 52%.

Según los resultados del análisis de regresión jerárquica, las dos variables con mayores aportes a la explicación de la ideación suicida son la desesperanza y la solución de problemas.

Tabla 42. Cambios en varianza explicada con la inclusión de predictores del modelo de esquema de incapacidad en adolescencia temprana

Variable adicional	R	R ²	R ² ajustado	Estadísticas de cambio				
				Cambio en R ²	F del cambio	gl1	gl2	p
S-Eve	0,376	0,142	0,139	0,142	50,782	1	308	0,000
SP	0,547	0,300	0,295	0,158	69,327	1	307	0,000
EVE x SP	0,560	0,314	0,307	0,014	6,174	1	306	0,013
DE	0,692	0,479	0,472	0,165	96,587	1	305	0,000
SP x DE	0,698	0,487	0,479	0,009	5,231	1	304	0,023
RPV	0,726	0,527	0,518	0,040	25,394	1	303	0,000

Nota: S-Eve: Suma de eventos vitales estresantes; SP: Solución de problemas; DE: Desesperanza; RPV: Razones para vivir.

De acuerdo con los cambios presentados por los coeficientes de regresión en cada paso del modelo jerárquico, se observa que el ingreso de las interacciones entre eventos vitales y solución de problemas (EVE x SP); y solución de problemas y desesperanza (SP x DE) resultan importantes e implican un cambio significativo del poder explicativo del modelo (véase tabla 43), lo que permite comprobar la hipótesis de que la solución de problemas modera el efecto de los

eventos vitales; mientras que la desesperanza, a su vez modera el efecto de la solución de problemas, en la predicción de las ideas suicidas.

Tabla 43. Cambios en la significación de los predictores con su inclusión en el submodelo de incapacidad en adolescencia temprana

Modelo		Coeficientes no tipificados		Coeficientes tipificados		<i>t</i>	<i>p</i>
		B	Error típico	Beta			
1	Constante	32,619	2,435			13,395	0,000
	S-Eve	0,330	0,046	0,376		7,126	0,000
2	Constante	50,704	3,094			16,389	0,000
	S-Eve	0,258	0,043	0,294		6,030	0,000
	SP	-0,297	0,036	-0,406		-8,326	0,000
3	Constante	55,782	3,686			15,132	0,000
	S-Eve	0,282	0,044	0,321		6,475	0,000
	SP	-0,393	0,052	-0,537		-7,510	0,000
	EVEExSP	-1,208	0,486	-0,182		-2,485	0,013
4	Constante	30,569	4,115			7,428	0,000
	S-Eve	0,198	0,039	0,226		5,092	0,000
	SP	-0,239	0,048	-0,327		-4,956	0,000
	EVEExSP	-0,865	0,426	-0,130		-2,031	0,043
	DE	0,429	0,044	0,458		9,828	0,000
5	Constante	30,718	4,088			7,515	0,000
	S-Eve	0,122	0,051	0,139		2,388	0,018
	SP	-0,247	0,048	-0,338		-5,140	0,000
	EVEExSP	2,167	10,391	0,326		1,558	0,120
	DE	0,511	0,056	0,546		9,087	0,000
	DEExSP	-2,995	1,309	-0,486		-2,287	0,023
6	Constante	45,544	4,912			9,273	0,000
	S-Eve	,093	0,049	0,106		1,889	0,060
	SP	-,188	0,048	-0,257		-3,946	0,000
	EVEExSP	2,518	10,340	0,379		1,879	0,061
	DE	0,421	0,057	0,450		7,394	0,000
	DEExSP	-3,127	1,260	-0,508		-2,482	0,014
	RPV	-0,241	0,048	-0,247		-5,039	0,000

Nota: S-Eve: Suma de eventos vitales estresantes; D: Depresión; DE: Desesperanza; AE: Autoestima; AS Apoyo Social; SP: Solución de problemas; RPV: Razones para vivir.

Por otra parte, no se encontraron relaciones de mediación, ya que ninguna de las pérdidas de significación de las variables del estudio se explican por la inclusión de una nueva variable.

ADOLESCENCIA MEDIA

Tal como se presenta en la tabla 44, el submodelo de Incapacidad permite una explicación del 57,5% de la variabilidad de la ideación suicida; mientras que si se adicionan las razones para vivir, el poder explicativo asciende al 61%.

Tabla 44. Cambios en varianza explicada con la inclusión de predictores del modelo de esquema de incapacidad en adolescencia media

Variable adicional	R	R ²	R ² ajustado	Estadísticas de cambio				
				Cambio en R ²	F del cambio	gl1	gl2	P
S-Eve	0,306	0,094	0,091	0,094	38,102	1	369	0,000
SP,	0,600	0,360	0,356	0,266	152,850	1	368	0,000
EVE x SP	0,622	0,387	0,382	0,027	16,359	1	367	0,000
DE	0,761	0,580	0,575	0,193	167,646	1	366	0,000
RPV	0,783	0,613	0,608	0,034	31,798	1	365	0,000

Nota: S-Eve: Suma de eventos vitales estresantes; SP: Solución de problemas; DE: Desesperanza; RPV: Razones para vivir.

De acuerdo con el análisis de regresión jerárquica, las dos variables que generan los cambios más significativos en la explicación de la ideación suicida son la solución de problemas y la desesperanza.

Al revisar el comportamiento de los coeficientes de regresión en cada paso (véase tabla 45), se observa que la inclusión de la interacción entre eventos vitales y solución de problemas (EVE x SP) resulta significativa, lo que permite comprobar la hipótesis de que la solución de problemas es una variable que modera el efecto de los eventos vitales estresantes sobre la ideación suicida, pues su interacción genera un cambio significativo en la explicación del modelo.

De otro lado, se comprueba que las razones para vivir median el efecto que la interacción entre eventos vitales estresantes y solución de problemas tiene sobre la ideación suicida, pues al incluirla en el modelo, dicha interacción deja de ser

significativa ($p > 0,05$). Llama la atención que este efecto mediador no se da con las variables aisladas sino solo con su interacción.

Tabla 45. Cambios en la significación de los predictores con su inclusión en el submodelo de incapacidad en adolescencia media

Modelo		Coeficientes no tipificados		Coeficientes Tipificados		<i>t</i>	<i>p</i>
		B	Error típico	Beta			
1	Constante	35,345	2,385			14,817	0,000
	S-Eve	0,283	0,046	0,306		6,173	0,000
2	Constante	61,843	2,937			21,058	0,000
	S-Eve	0,181	0,040	0,195		4,574	0,000
	SP	-0,440	0,036	-0,528		-12,363	0,000
3	Constante	66,325	3,083			21,510	0,000
	S-Eve	0,200	0,039	0,215		5,116	0,000
	SP	-0,528	0,041	-0,634		-12,837	0,000
	EVE _x SP	-0,834	0,206	-0,200		-4,045	0,000
4	Constante	34,161	3,565			9,582	0,000
	S-Eve	0,127	0,033	0,137		3,879	0,000
	SP	-0,259	0,040	-0,311		-6,495	0,000
	EVE _x SP	-0,426	0,174	-0,102		-2,452	0,015
	DE	0,446	0,034	0,534		12,948	0,000
5	Constante	50,589	4,496			11,253	0,000
	S-Eve	0,066	0,033	0,072		1,993	0,047
	SP	-0,212	0,039	-0,255		-5,402	0,000
	EVE _x SP	-0,315	0,168	-0,075		-1,872	0,062
	DE	0,362	0,036	0,433		9,972	0,000
	RPV	-0,231	0,041	-0,244		-5,639	0,000

Nota: S-Eve: Suma de eventos vitales estresantes; SP: Solución de problemas; DE: Desesperanza; RPV: Razones para vivir.

ADOLESCENCIA TARDÍA

Tal como se presenta en la tabla 46, el submodelo de Incapacidad permite una explicación del 41% de la variabilidad de la ideación suicida; mientras que si se adicionan las razones para vivir, el poder explicativo asciende al 44%.

Tabla 46. Cambios en varianza explicada con la inclusión de predictores del modelo de esquema de incapacidad en adolescencia tardía

Variable adicional	R	R ²	R ² ajustado	Estadísticas de cambio				
				Cambio en R ²	F del cambio	gl1	gl2	p
S-Eve	0,293	0,086	0,082	0,086	24,149	1	257	0,000
SP	0,475	0,225	0,219	0,139	46,033	1	256	0,000
EVE x SP	0,548	0,300	0,292	0,075	27,266	1	255	0,000
DE	0,651	0,424	0,415	0,124	54,828	1	254	0,000
RPV	0,673	0,453	0,442	0,029	13,367	1	253	0,000

Nota: S-Eve: Suma de eventos vitales estresantes; SP: Solución de problemas; DE: Desesperanza; RPV: Razones para vivir.

De acuerdo con el análisis de regresión jerárquica, las dos variables con mayores aportes a la explicación de la ideación suicida son la solución de problemas y la desesperanza.

En el modelo, también ingresó la interacción entre eventos vitales y solución de problemas (EVE x SP) al ser la única interacción que se presentó como un predictor de la ideación suicida (véase tabla 47), lo que permite comprobar la hipótesis de que la solución de problemas es una variable moderadora de los eventos vitales estresantes, pues su interacción genera un cambio significativo en la explicación del modelo.

Finalmente, no se encontró ningún efecto mediador entre las variables incluidas en el modelo.

EDAD ADULTA JOVEN

En este grupo de la muestra, el submodelo de Incapacidad permite una explicación del 55% de la variabilidad de la ideación suicida; mientras que si se adicionan las razones para vivir, el poder explicativo asciende casi al 59% (véase tabla 48).

Tabla 47. Cambios en la significación de los predictores con su inclusión en el submodelo de incapacidad en adolescencia tardía

Modelo		Coeficientes no tipificados		Coeficientes tipificados		<i>t</i>	<i>p</i>
		B	Error típico	Beta			
1	Constante	37,722	2,348			16,068	0,000
	S-Eve	0,226	0,046	0,293		4,914	0,000
2	Constante	51,680	2,987			17,302	0,000
	S-Eve	0,218	0,042	0,282		5,126	0,000
	SP	-0,286	0,042	-0,373		-6,785	0,000
3	Constante	62,285	3,495			17,820	0,000
	S-Eve	0,236	0,041	0,306		5,815	0,000
	SP	-0,470	0,053	-0,612		-8,801	0,000
	EVEExSP	-2,241	0,429	-0,364		-5,222	0,000
4	Constante	39,781	4,396			9,050	0,000
	S-Eve	0,142	0,039	0,185		3,654	0,000
	SP	-0,333	0,052	-0,434		-6,422	0,000
	EVEExSP	-1,790	0,395	-0,291		-4,533	0,000
	DE	0,414	0,056	0,398		7,405	0,000
5	Constante	49,125	4,996			9,833	0,000
	S-Eve	0,127	0,038	0,164		3,310	0,001
	SP	-0,284	0,052	-0,370		-5,408	0,000
	EVEExSP	-1,591	0,389	-0,259		-4,087	0,000
	DE	0,350	0,057	0,337		6,105	0,000
	RPV	-0,164	0,045	-0,196		-3,656	0,000

Nota: S-Eve: Suma de eventos vitales estresantes; SP: Solución de problemas; DE: Desesperanza; RPV: Razones para vivir.

Tabla 48. Cambios en varianza explicada con la inclusión de predictores del modelo de esquema de incapacidad en adultos jóvenes

Variable adicional	R	R ²	R ² ajustado	Estadísticas de cambio				
				Cambio en R ²	F del cambio	gl1	gl2	<i>p</i>
S-Eve	0,378	0,143	0,140	0,143	44,733	1	268	0,000
SP	0,625	0,391	0,386	0,248	108,464	1	267	0,000
DE	0,746	0,556	0,551	0,166	99,200	1	266	0,000
RPV	0,769	0,592	0,586	0,036	23,235	1	265	0,000

Nota: S-Eve: Suma de eventos vitales estresantes; SP: Solución de problemas; DE: Desesperanza; RPV: Razones para vivir.

De acuerdo con el análisis de regresión jerárquica, la variable más relevante, al aportar los cambios más significativos en la explicación de la ideación suicida, fue la solución de problemas. A diferencia de otros subgrupos de la muestra, ninguna de las posibles interacciones entre variables resultó estadísticamente significativa, razón por la cual no se pueden suponer relaciones de moderación entre las variables incluidas en los modelos (véase tabla 49).

De otro lado, en esta etapa vital se comprobó que las razones para vivir tienen un efecto mediador en la influencia de los eventos vitales estresantes sobre la ideación suicida, pues al incluirla en el modelo de predicción, la importancia de los eventos vitales estresantes disminuyó a niveles estadísticamente no significativos ($p > 0,05$).

Tabla 49. Cambios en la significación de los predictores con su inclusión en el submodelo de incapacidad en adultos jóvenes

Modelo		Coeficientes no tipificados		Coeficientes tipificados		
		B	Error típico	Beta	t	p
1	Constante	32,885	2,405		13,672	0,000
	S-Eve	0,324	0,048	0,378	6,688	0,000
2	Constante	57,347	3,106		18,464	0,000
	S-Eve	0,203	0,043	0,237	4,764	0,000
	SP	-0,377	0,036	-0,517	-10,415	0,000
3	Constante	31,733	3,697		8,584	0,000
	S-Eve	0,089	0,038	0,104	2,345	0,020
	SP	-0,233	0,034	-0,320	-6,838	0,000
	DE	0,495	0,050	0,486	9,960	0,000
4	Constante	44,723	4,458		10,032	0,000
	S-Eve	0,072	0,037	0,084	1,952	0,052
	SP	-0,224	0,033	-0,308	-6,822	0,000
	DE	0,395	0,052	0,388	7,586	0,000
	RPV	-0,163	0,034	-0,221	-4,820	0,000

Nota: S-Eve: Suma de eventos vitales estresantes; D: Depresión; DE: Desesperanza; AE: Autoestima; AS: Apoyo social; SP: Solución de problemas; RPV: Razones para vivir.

Efectos por nivel educativo

ESTUDIANTES DE SECUNDARIA

Tal como se presenta en la tabla 50, el submodelo de Incapacidad permite una explicación cercana al 53% de la variabilidad de la ideación suicida; mientras que si se adicionan las razones para vivir, el poder explicativo asciende al 56%.

Tabla 50. Cambios en varianza explicada con la inclusión de predictores del modelo de esquema de incapacidad en estudiantes de secundaria

Variable adicional	R	R ²	R ² ajustado	Estadísticas de cambio				
				Cambio en R ²	F del cambio	gl1	gl2	p
S-Eve	0,343	0,118	0,116	0,118	100,171	1	752	0,000
SP	0,568	0,323	0,321	0,205	227,875	1	751	0,000
EVE x SP	0,590	0,348	0,345	0,025	28,409	1	750	0,000
DE	0,726	0,527	0,524	0,179	283,227	1	749	0,000
EVE x DE	0,729	0,531	0,528	0,005	7,324	1	748	0,007
RPV	0,752	0,566	0,562	0,035	59,545	1	747	0,000

Nota: S-Eve: Suma de eventos vitales estresantes; SP: Solución de problemas; DE: Desesperanza; RPV: Razones para vivir.

Según los resultados del análisis de regresión jerárquica, las dos variables con mayores aportes a la explicación de la ideación suicida son la solución de problemas y la desesperanza.

En el modelo, también ingresaron las interacciones de los eventos vitales estresantes con la solución de problemas (EVE x SP) y con la desesperanza (EVE x DE) las cuales fueron las únicas interacciones que demostraron ser predictoras significativas de la ideación suicida en la educación secundaria (véase tabla 51), lo que permite comprobar la hipótesis de que la solución de problemas y la desesperanza moderan el efecto de los eventos vitales en la predicción de los pensamientos de suicidio.

Tabla 51. Cambios en la significación de los predictores con su inclusión en el submodelo de incapacidad en la educación secundaria

Modelo		Coeficientes no tipificados		Coeficientes tipificados		<i>t</i>	<i>p</i>
		B	Error típico	Beta			
1	Constante	34,039	1,602			21,241	0,000
	S-Eve	0,306	0,031	0,343		10,009	0,000
2	Constante	55,243	1,986			27,811	0,000
	S-Eve	0,232	0,027	0,260		8,533	0,000
	SP	-0,362	0,024	-0,461		-15,096	0,000
3	Constante	60,196	2,161			27,854	0,000
	S-Eve	0,249	0,027	0,279		9,248	0,000
	SP	-0,454	0,029	-0,579		-15,531	0,000
	EVE _x SP	-0,972	0,182	-0,199		-5,330	0,000
4	Constante	32,345	2,476			13,062	0,000
	S-Eve	0,165	0,023	0,186		7,050	0,000
	SP	-0,252	0,028	-0,322		-9,127	0,000
	EVE _x SP	-0,597	0,157	-0,123		-3,807	0,000
	DE	0,437	0,026	0,491		16,829	0,000
5	Constante	48,276	6,382			7,564	0,000
	S-Eve	-0,124	0,110	-0,139		-1,135	0,257
	SP	-0,257	0,028	-0,328		-9,326	0,000
	EVE _x SP	-0,622	0,157	-0,128		-3,971	0,000
	DE	0,129	0,117	0,145		1,102	0,271
	EVE _x DE	0,006	0,002	0,535		2,706	0,007
6	Constante	63,044	6,437			9,794	0,000
	S-Eve	-0,153	0,106	-0,171		-1,447	0,148
	SP	-0,206	0,027	-0,263		-7,539	0,000
	EVE _x SP	-0,486	0,152	-0,100		-3,199	0,001
	DE	0,056	0,113	0,063		,494	0,622
	EVE _x DE	0,005	0,002	0,511		2,683	0,007
	RPV	-0,233	0,030	-0,238		-7,717	0,000

Nota: S-Eve: Suma de eventos vitales estresantes; SP: Solución de problemas; DE: Desesperanza; RPV: Razones para vivir.

Por otra parte, llama la atención que al incluir la interacción entre eventos vitales y desesperanza (EVE x DE) se pierde la fortaleza del efecto de la desesperanza. No obstante esto, no se comprobaron las posibles relaciones de mediación, ya que la inclusión de una variable no generó una pérdida de significación del efecto de otra previamente incluida.

ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS

Tal como se presenta en la tabla 52, el submodelo de Incapacidad permite una explicación del 48%% de la variabilidad de la ideación suicida; mientras que si se adicionan las razones para vivir, el poder explicativo asciende al 51%.

Tabla 52. Cambios en varianza explicada con la inclusión de predictores del modelo de esquema de incapacidad en estudiantes universitarios

Variable adicional	R	R ²	R ² ajustado	Estadísticas de cambio				
				Cambio en R ²	F del cambio	gl1	gl2	p
S-Eve	0,324	0,105	0,103	0,105	53,107	1	454	0,000
SP	0,559	0,312	0,309	0,207	136,579	1	453	0,000
DE	0,694	0,482	0,479	0,170	148,419	1	452	0,000
RPV	0,720	0,518	0,514	0,036	33,436	1	451	0,000

Nota: S-Eve: Suma de eventos vitales estresantes; SP: Solución de problemas; DE: Desesperanza; RPV: Razones para vivir.

De acuerdo con el análisis de regresión jerárquica, las dos variables que generan los cambios más significativos en la explicación de la ideación suicida son la solución de problemas y la desesperanza. Ninguna de las interacciones de primer orden entre las variables de estudio resultó estadísticamente significativa, razón por la cual no ingresaron en el modelo, por lo que no se puede avalar la presencia de relaciones de moderación entre las variables de estudio. Tampoco se identifican relaciones de mediación, pues la inclusión de cada variable no implicó la pérdida de significación de ninguna otra previamente ingresada al modelo (véase tabla 53).

Ajustes al submodelo de incapacidad luego del análisis de regresión jerárquica

Al revisar el comportamiento de las variables del submodelo de Incapacidad a través de los diferentes grupos de la muestra se encuentra que en varios (total, hombres, adultos y secundaria) los eventos vitales no tuvieron un efecto significativo sobre las ideas suicidas, sino que éste perdió significación con el

ingreso de las razones para vivir (adultos) o se vio absorbido por la inclusión de sus interacciones con la solución de problemas o con la desesperanza. De esta manera se asume que esta variable no ejerce un efecto directo sobre las ideas suicidas.

Tabla 53. Cambios en la significación de los predictores con su inclusión en el submodelo de incapacidad en estudiantes universitarios

Modelo		Coeficientes no tipificados		Coeficientes Tipificados		t	p
		B	Error típico	Beta			
1	Constante	35,630	1,817			19,612	0,000
	S-Eve	0,267	0,037	0,324		7,287	0,000
2	Constante	55,924	2,357			23,724	0,000
	S-Eve	0,190	0,033	0,230		5,773	0,000
	SP	-0,341	0,029	-0,465		-11,687	0,000
3	Constante	30,843	2,904			10,623	0,000
	S-Eve	0,084	0,030	0,102		2,811	0,005
	SP	-0,207	0,028	-0,282		-7,494	0,000
	DE	0,489	0,040	0,479		12,183	0,000
4	Constante	42,614	3,465			12,297	0,000
	S-Eve	0,068	0,029	0,083		2,358	0,019
	SP	-0,188	0,027	-0,257		-7,009	0,000
	DE	0,402	0,042	0,393		9,641	0,000
	RPV	-0,161	0,028	-0,218		-5,782	0,000

Nota: S-Eve: Suma de eventos vitales estresantes; SP: Solución de problemas; DE: Desesperanza; RPV: Razones para vivir.

De otro lado, en todos los casos, la solución de problemas y la desesperanza tuvieron efectos directos sobre la ideación suicida. De igual forma establecieron relaciones de moderación con los eventos vitales estresantes y en ninguno de los casos se asociaron entre sí, ni con las razones para vivir.

Finalmente, la inclusión de las razones para vivir, en todos los casos implicó un aumento importante en el poder explicativo del submodelo de incapacidad, aunque sólo estableció relaciones de mediación de los eventos vitales estresantes en el grupo de adultos. Para el resto de casos, ninguna de las interacciones con las demás variables fue significativa, ni tampoco ejerció

funciones mediadoras de las variables previamente incluidas en el modelo de predicción.

De acuerdo con el modelo propuesto, se esperaba que la solución de problemas y la desesperanza fueran mediadores de las variables predecesoras, sin embargo esto no se comprobó de manera sistemática a través de todos los grupos de la muestra. De otro lado, se esperaba que las razones para vivir ejercieran funciones moderadoras o mediadoras de las variables del submodelo de incapacidad, pero en general esto no se dio, salvo para el grupo de los adultos.

En resumen, a partir de lo analizado previamente se establece que:

1. Los eventos vitales no ejercen efectos directos sobre las ideas suicidas.
2. Tanto la desesperanza como la solución de problemas moderan los efectos de los eventos vitales.
3. Las interacciones de los eventos vitales con sus variables moderadoras restan el impacto que como variable aislada puede ejercer.
4. Tanto la solución de problemas como la desesperanza tienen efectos directos sobre las ideas suicidas.
5. La solución de problemas no interactúa en ninguno de los casos con la desesperanza.
6. Las razones para vivir tienen un efecto directo sobre las ideas suicidas, pero no median, ni moderan a la solución de problemas, ni a la desesperanza.

Estas nuevas características de las relaciones entre las variables del submodelo de incapacidad son representadas en la figura 14, e implicarán el modelo a tener en cuenta en la siguiente etapa del estudio.

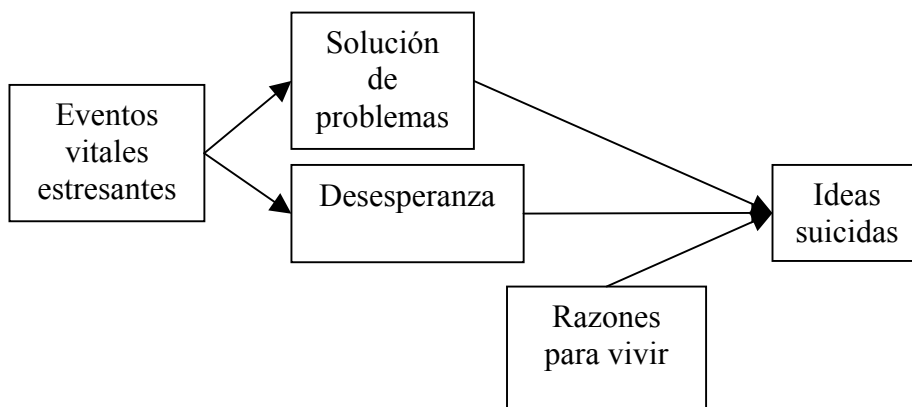


Figura 14. Relaciones entre las variables del submodelo de incapacidad, luego del análisis de regresión jerárquica

Submodelo de Falta de valía

El esquema de Falta de valía, parte de la idea de que la autoestima y el apoyo social interactúan, pues se puede entender que una persona con alta autoestima, es muy probable que tenga buen apoyo social y viceversa. El déficit en alguno de estos dos aspectos generará la depresión, la cual, a su vez, dará origen a las ideas de suicidio, bien sea de manera directa, o a través de las razones para vivir (véase figura 15).

Muestra total

Tal como se presenta en la tabla 54, el submodelo de Falta de valía permite una explicación del 42,5% de la variabilidad de la ideación suicida; mientras que si se adicionan las razones para vivir, el poder explicativo asciende al 48%.

De acuerdo con el análisis de regresión jerárquica, la variable de mayor impacto en los cambios de la varianza explicada de la ideación suicida es el apoyo social; mientras que la autoestima y la depresión están en un aporte medio.

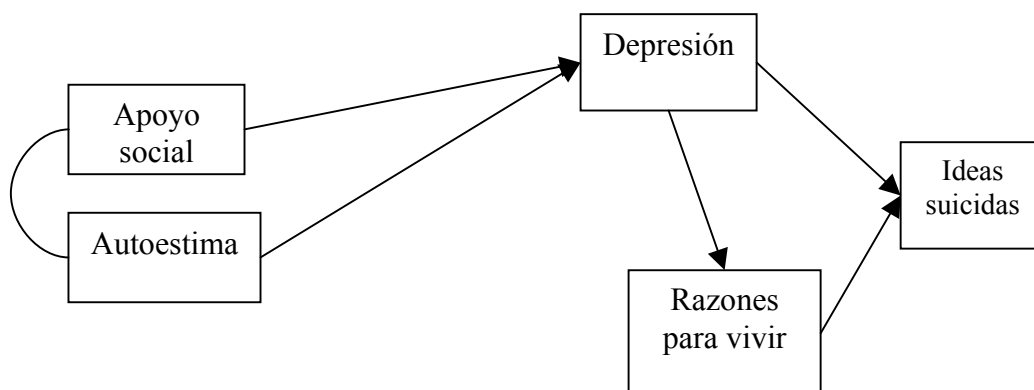


Figura 15. Relaciones del Submodelo de Falta de valía.

Tabla 54. Cambios en varianza explicada con la inclusión de predictores del submodelo de Falta de valía

Variable adicional	R	R ²	R ² ajustado	Estadísticas de cambio				
				Cambio en R ²	F del cambio	gl1	gl2	p
AS	0,479	0,229	0,229	0,229	359,600	1	1208	0,000
AE	0,565	0,319	0,318	0,089	158,603	1	1207	0,000
AS x AE	0,571	0,326	0,324	0,007	12,776	1	1206	0,000
D	0,650	0,422	0,420	0,096	200,359	1	1205	0,000
AS x D	0,653	0,427	0,425	0,005	10,320	1	1204	0,001
RPV	0,696	0,485	0,482	0,058	134,624	1	1203	0,000

Nota: AS: Apoyo social; AE: Autoestima; D: Depresión; RPV: Razones para vivir.

Al revisar el comportamiento de los coeficientes de regresión en cada paso (véase tabla 55), se observa que la inclusión de las interacciones entre apoyo social (de una parte) y la autoestima (AS x AE) y la depresión – AS x AS, (de la otra) resultan significativas, lo que permite comprobar que estas dos variables son moderadoras del apoyo social, pues su interacción genera un cambio significativo en la explicación del modelo. En este sentido llama la atención que la inclusión de la interacción entre apoyo social y depresión, generó que el apoyo social (como variable aislada) y la interacción entre apoyo social y autoestima, perdieran la significación estadística que tuvieron en los pasos previos del modelo.

Tabla 55. Cambios en la significación de los predictores con su inclusión en el submodelo de Falta de valía

Modelo		Coeficientes no tipificados		Coeficientes Tipificados		
		B	Error típico	Beta	t	p
1	Constante	71,017	1,172		60,595	0,000
	AS	-0,429	0,023	-0,479	-18,963	0,000
2	Constante	80,714	1,345		60,029	0,000
	AS	-0,297	0,024	-0,331	-12,511	0,000
	AE	-0,331	0,026	-0,334	-12,594	0,000
3	Constante	66,691	4,145		16,089	0,000
	AS	-0,189	0,038	-0,211	-4,937	0,000
	AE	-0,237	0,037	-0,239	-6,395	0,000
	ASxAE	8582,758	2401,172	0,202	3,574	0,000
4	Constante	40,447	4,264		9,486	0,000
	AS	-0,120	0,036	-0,133	-3,338	0,001
	AE	-0,136	0,035	-0,137	-3,889	0,000
	ASxAE	7192,821	2226,517	0,169	3,231	0,001
	D	0,376	0,027	0,360	14,155	0,000
5	Constante	43,876	4,380		10,018	0,000
	AS	-0,018	0,048	-0,020	-,385	0,701
	AE	-0,232	0,046	-0,234	-5,055	0,000
	ASxAE	-1347,138	3462,078	-0,032	-,389	0,697
	D	0,223	0,054	0,214	4,110	0,000
	ASxD	70,169	20,232	0,340	3,213	0,001
6	Constante	56,174	4,288		13,099	0,000
	AS	0,019	0,045	0,022	,430	0,667
	AE	-0,201	0,044	-0,203	-4,613	0,000
	ASxAE	-3282,438	3288,836	-0,077	-,998	0,318
	D	0,184	0,052	0,176	3,555	0,000
	ASxD	60,546	20,118	0,311	3,091	0,002
	RPV	-0,249	0,021	-0,286	-11,603	0,000

Nota: AS Apoyo Social; AE: Autoestima; D: Depresión; RPV: Razones para vivir.

De otro lado, no se encontraron elementos que permitan suponer la presencia de relaciones mediacionales entre las variables del submodelo de Falta de valía, en la muestra total.

Efectos por sexo

HOMBRES

Tal como se presenta en la tabla 56, el submodelo de Falta de valía permite una explicación del 42% de la variabilidad de la ideación suicida; mientras que si se adicionan las razones para vivir, el poder explicativo asciende al 48%.

Tabla 56. Cambios en varianza explicada con la inclusión de predictores del modelo de esquema de Falta de valía en hombres

Variable adicional	R	R ²	R ² ajustado	Estadísticas de cambio				
				Cambio en R ²	F del cambio	gl1	gl2	p
AS	0,469	0,220	0,218	0,220	187,435	1	666	0,000
AE	0,568	0,322	0,320	0,103	100,736	1	665	0,000
AS x AE	0,589	0,347	0,344	0,025	25,105	1	664	0,000
D	0,641	0,410	0,407	0,063	71,339	1	663	0,000
AS x D	0,647	0,418	0,414	0,008	8,950	1	662	0,003
AE x D	0,655	0,430	0,424	0,011	13,039	1	661	0,000
RPV	0,700	0,490	0,485	0,061	78,746	1	660	0,000

Nota: AS Apoyo Social; AE: Autoestima; D: Depresión; RPV: Razones para vivir.

De acuerdo con el análisis de regresión jerárquica, la variable de mayor aporte a la explicación de la ideación suicida es el apoyo social.

En el modelo, también ingresaron las interacciones entre apoyo social, autoestima y depresión presentándose como predictores significativos de la ideación suicida (véase tabla 57), lo que permite comprobar la hipótesis de que la autoestima modera el efecto del apoyo social, así como la propuesta de que la depresión modera el efecto tanto del apoyo social como de la misma autoestima, pues su interacción genera un cambio significativo en la explicación del modelo.

Ahora bien, desde el punto de vista de relaciones de mediación, no se encontró evidencia de que alguna de las variables del modelo ejerciera este tipo de función.

Tabla 57. Cambios en la significación de los predictores con su inclusión en el submodelo de Falta de valía en hombres

Modelo		Coeficientes no tipificados		Coeficientes tipificados		
		B	Error típico	Beta	t	p
1	Constante	69,756	1,577		44,233	0,000
	AS	-0,418	0,031	-0,469	-13,691	0,000
2	Constante	80,433	1,815		44,312	0,000
	AS	-0,286	0,031	-0,321	-9,130	0,000
	AE	-0,347	0,035	-0,353	-10,037	0,000
3	Constante	55,428	5,299		10,459	0,000
	AS	-0,093	0,049	-0,104	-1,887	0,060
	AE	-0,180	0,048	-0,183	-3,793	0,000
	ASxAE	15365,272	3066,608	,362	5,011	0,000
4	Constante	33,575	5,665		5,927	0,000
	AS	-0,045	0,047	-0,051	-,959	0,338
	AE	-0,092	0,046	-0,094	-1,988	0,047
	ASxAE	13305,618	2926,221	0,313	4,547	0,000
	D	0,341	0,040	0,302	8,446	0,000
5	Constante	38,637	5,880		6,571	0,000
	AS	0,070	0,061	0,078	1,150	0,250
	AE	-0,211	0,061	-0,215	-3,469	0,001
	ASxAE	2641,429	4600,837	0,062	,574	0,566
	D	0,146	0,076	0,129	1,913	0,056
	ASxD	8,956	2,994	0,412	2,992	0,003
6	Constante	49,606	6,571		7,549	0,000
	AS	0,019	0,062	0,021	,302	0,762
	AE	-0,145	0,063	-0,148	-2,299	0,022
	ASxAE	-20523,202	7870,401	-0,484	-2,608	0,009
	D	-0,347	0,156	-0,307	-2,222	0,027
	ASxD	17,434	3,783	0,803	4,608	0,000
	AExD	13,370	3,703	0,559	3,611	0,000
7	Constante	60,047	6,326		9,492	0,000
	AS	0,038	0,059	0,043	,651	0,515
	AE	-0,141	0,060	-0,143	-2,362	0,018
	ASxAE	-15075,963	7470,011	-0,355	-2,018	0,044
	D	-0,216	0,149	-0,191	-1,450	0,148
	ASxD	13,006	3,613	0,599	3,600	0,000
	AExD	9,247	3,533	0,386	2,617	0,009
	RPV	-0,238	0,027	-0,291	-8,874	0,000

Nota: AS Apoyo Social; AE: Autoestima; D: Depresión; RPV: Razones para vivir.

MUJERES

En este grupo de la muestra, el submodelo de Incapacidad permite una explicación del 44% de la variabilidad de la ideación suicida; mientras que si se adicionan las razones para vivir, el poder explicativo asciende a 48% (véase tabla 58).

Tabla 58. Cambios en varianza explicada con la inclusión de predictores del modelo de esquema de Falta de valía en mujeres

Variable adicional	R	R ²	R ² ajustado	Estadísticas de cambio				
				Cambio en R ²	F del cambio	gl1	gl2	p
AS	0,496	0,246	0,244	0,246	175,800	1	540	0,000
AE	0,562	0,316	0,314	0,071	55,743	1	539	0,000
D	0,664	0,440	0,437	0,124	119,211	1	538	0,000
RPV	0,695	0,483	0,479	0,042	43,889	1	537	0,000
RPV x D	0,700	0,490	0,485	0,007	7,521	1	536	0,006

Nota: S-Eve: Suma de eventos vitales estresantes; D: Depresión; DE: Desesperanza; AE: Autoestima; AS: Apoyo social; SP: Solución de problemas; RPV: Razones para vivir.

De acuerdo con el análisis de regresión jerárquica, el apoyo social es la variable que aporta el cambio más significativo en la explicación de la ideación suicida, seguida de la depresión. No se incluyó ninguna de las interacciones entre las variables del submodelo, toda vez que no alcanzaron significación estadística para ello.

Al revisar el comportamiento de los coeficientes de regresión en cada paso (véase tabla 59), no se observan elementos que permitan suponer relaciones de mediación entre las variables, pues ninguna de ellas perdió significación estadística con la inclusión de alguna otra.

De otro lado, con la inclusión de las razones para vivir, se identificó la importancia de la interacción de ésta con la depresión, por lo que se comprueba que las razones para vivir tienen un efecto moderador de la influencia que aquella puede llegar a ejercer sobre la ideación suicida.

Tabla 59. Cambios en la significación de los predictores con su inclusión en el submodelo de Falta de valía en mujeres

Modelo		Coeficientes no tipificados		Coeficientes tipificados		<i>t</i>	<i>p</i>
		B	Error típico	Beta			
1	Constante	72,615	1,739			41,768	0,000
	AS	-0,443	0,033	-0,496		-13,259	0,000
2	Constante	80,904	1,994			40,570	0,000
	AS	-0,316	0,036	-0,353		-8,744	0,000
	AE	-0,301	0,040	-0,302		-7,466	0,000
3	Constante	48,748	3,455			14,110	0,000
	AS	-0,204	0,034	-0,228		-5,937	0,000
	AE	-0,196	0,038	-0,197		-5,197	0,000
	D	0,414	0,038	0,404		10,918	0,000
4	Constante	56,764	3,538			16,044	0,000
	AS	-0,130	0,035	-0,145		-3,722	0,000
	AE	-0,140	0,037	-0,140		-3,736	0,000
	D	0,361	0,037	0,352		9,660	0,000
	RPV	-0,240	0,036	-0,256		-6,625	0,000
5	Constante	50,676	4,159			12,185	0,000
	AS	-0,136	0,035	-0,152		-3,923	0,000
	AE	-0,143	0,037	-0,143		-3,855	0,000
	D	0,306	0,042	0,298		7,230	0,000
	RPV	-0,115	0,058	-0,123		-1,987	0,047
	DxRPV1	20,857	10,042	0,179		2,742	0,006

Nota: AS Apoyo Social; AE: Autoestima; D: Depresión; RPV: Razones para vivir.

Efectos por etapa vital

ADOLESCENCIA TEMPRANA

Tal como se presenta en la tabla 60, el submodelo de Falta de valía permite una explicación cercana al 34% de la variabilidad de la ideación suicida; mientras que si se adicionan las razones para vivir, el poder explicativo asciende al 43%.

Según los resultados del análisis de regresión jerárquica, las dos variables con mayores aportes a la explicación de la ideación suicida son el apoyo social y la autoestima.

Tabla 60. Cambios en varianza explicada con la inclusión de predictores del modelo de esquema de Falta de valía en adolescencia temprana

Variable adicional	R	R ²	R ² ajustado	Estadísticas de cambio				
				Cambio en R ²	F del cambio	gl1	gl2	p
AS	0,415	0,172	0,169	0,172	63,922	1	308	0,000
AE	0,533	0,285	0,280	0,113	48,353	1	307	0,000
D	0,586	0,343	0,337	0,059	27,262	1	306	0,000
RPV	0,663	0,439	0,432	0,096	52,457	1	305	0,000

Nota: AS Apoyo Social; AE: Autoestima; D: Depresión; RPV: Razones para vivir.

De acuerdo con los cambios presentados por los coeficientes de regresión en cada paso del modelo jerárquico, se observa que no existen indicios que permitan suponer la presencia de relaciones de moderación (pues ninguna interacción fue significativa), ni tampoco de mediación, ya que el ingreso de cada una de las variables no generó una pérdida de significación estadística de las previamente incluidas (véase tabla 61).

Tabla 61. Cambios en la significación de los predictores con su inclusión en el submodelo de Falta de valía en adolescencia temprana

Modelo		Coeficientes no tipificados		Coeficientes tipificados		t	p
		B	Error típico	Beta			
1	Constante	67,817	2,337			29,020	0,000
	AS	-0,366	0,046	-0,415		-7,995	0,000
2	Constante	79,634	2,761			28,846	0,000
	AS	-0,232	0,047	-0,263		-4,970	0,000
	AE	-0,376	0,054	-0,368		-6,954	0,000
3	Constante	58,496	4,838			12,090	0,000
	AS	-0,197	0,045	-0,223		-4,334	0,000
	AE	-0,287	0,055	-0,281		-5,253	0,000
	D	0,307	0,059	0,266		5,221	0,000
4	Constante	71,354	4,816			14,817	0,000
	AS	-0,120	0,043	-0,136		-2,777	0,006
	AE	-0,195	0,052	-0,192		-3,756	0,000
	D	0,233	0,055	0,202		4,207	0,000
	RPV	-0,352	0,049	-0,361		-7,243	0,000

Nota: AS: Apoyo social; AE: Autoestima; D: Depresión; RPV: Razones para vivir.

ADOLESCENCIA MEDIA

Tal como se presenta en la tabla 62, el submodelo de Incapacidad permite una explicación del 57,5% de la variabilidad de la ideación suicida; mientras que si se adicionan las razones para vivir, el poder explicativo asciende al 61%.

Tabla 62. Cambios en varianza explicada con la inclusión de predictores del modelo de esquema de Falta de valía en adolescencia media

Variable adicional	R	R ²	R ² ajustado	Estadísticas de cambio				
				Cambio en R ²	F del cambio	gl1	gl2	p
AS	0,569	0,323	0,321	0,323	176,314	1	369	0,000
AE	0,610	0,372	0,368	0,049	28,444	1	368	0,000
D	0,726	0,527	0,523	0,155	120,158	1	367	0,000
AS x D	0,743	0,552	0,548	0,026	21,010	1	366	0,000
RPV	0,769	0,591	0,585	0,038	34,307	1	365	0,000

Nota: AS: Apoyo social; AE: Autoestima; D: Depresión; RPV: Razones para vivir.

De acuerdo con el análisis de regresión jerárquica, la variable que genera el cambio más significativo en la explicación de la ideación suicida fue el apoyo social.

Dado el comportamiento de los coeficientes de regresión en cada paso (véase tabla 63), se observa que la inclusión de la interacción entre apoyo social y depresión resulta significativa, lo que permite comprobar la hipótesis de que la depresión es una variable que modera el efecto del apoyo social sobre la ideación suicida, pues su interacción genera un cambio significativo en la explicación del modelo. Esta interacción parece ser muy importante pues su inclusión en el modelo generó una pérdida de significación del apoyo social como variable aislada.

De otro lado, no se comprobaron relaciones de mediación entre las variables predictoras, pues la inclusión de alguna de ellas no generó una pérdida de significación en el aporte de las variables previamente incluidas.

Tabla 63. Cambios en la significación de los predictores con su inclusión en el submodelo de Falta de valía en adolescencia media

Modelo		Coeficientes no tipificados		Coeficientes tipificados		
		B	Error típico	Beta	t	p
1	Constante	79,312	2,267		34,979	0,000
	AS	-0,573	0,043	-0,569	-13,278	0,000
2	Constante	85,998	2,521		34,109	0,000
	AS	-0,454	0,047	-0,450	-9,603	0,000
	AE	-0,258	0,048	-0,250	-5,333	0,000
3	Constante	48,091	4,094		11,747	0,000
	AS	-0,328	0,043	-0,325	-7,681	0,000
	AE	-0,110	0,044	-0,107	-2,489	0,013
	D	0,487	0,044	0,456	10,962	0,000
4	Constante	27,595	5,991		4,606	0,000
	AS	0,079	0,098	0,078	,805	0,422
	AE	-0,129	0,043	-0,125	-2,981	0,003
	D	0,203	0,076	0,191	2,693	0,007
	ASxD	14,093	3,075	0,582	4,584	0,000
5	Constante	39,624	6,092		6,504	0,000
	AS	0,137	0,094	0,136	1,456	0,146
	AE	-0,097	0,042	-0,094	-2,325	0,021
	D	0,146	0,073	0,137	2,005	0,046
	ASxD	12,657	2,954	0,523	4,285	0,000
	RPV	-0,246	0,042	-0,260	-5,857	0,000

Nota: S-Eve: Suma de eventos vitales estresantes; D: Depresión; DE: Desesperanza; AE: Autoestima; AS: Apoyo social; SP: Solución de problemas; RPV: Razones para vivir.

ADOLESCENCIA TARDÍA.

Tal como se presenta en la tabla 64, el submodelo de Incapacidad permite una explicación del 36,4% de la variabilidad de la ideación suicida; mientras que si se adicionan las razones para vivir, el poder explicativo asciende al 40%.

De acuerdo con el análisis de regresión jerárquica, el apoyo social es la variable con el mayor aporte a la explicación de la ideación suicida. En el modelo, no ingresó ninguna de las interacciones entre variables, toda vez que no alcanzaron la significación exigida. Dada la ausencia de interacciones no se pueden probar hipótesis de relaciones moderadoras entre las variables.

Tabla 64. Cambios en varianza explicada con la inclusión de predictores del modelo de esquema de Falta de valía en adolescencia tardía

Variable adicional	R	R ²	R ² ajustado	Estadísticas de cambio				
				Cambio en R ²	F del cambio	gl1	gl2	p
AS	0,447	0,200	0,197	0,200	64,277	1	257	0,000
AE	0,510	0,260	0,254	0,060	20,732	1	256	0,000
D	0,609	0,371	0,364	0,111	45,106	1	255	0,000
RPV	0,641	0,410	0,401	0,039	16,852	1	254	0,000

Nota: AS: Apoyo social; AE: Autoestima; D: Depresión; RPV: Razones para vivir.

De otro lado, se demuestra que las razones para vivir son una variable mediadora del efecto que tanto el apoyo social, como la autoestima tienen sobre las ideas de suicidio, pues al incluirlas en el modelo, éstas últimas pierden significación estadística (véase tabla 65).

Tabla 65. Cambios en la significación de los predictores con su inclusión en el submodelo de Falta de valía en adolescencia tardía

Modelo		Coeficientes no tipificados		Coeficientes tipificados		t	p
		B	Error típico	Beta			
1	Constante	66,112	2,192			30,160	0,000
	AS	-0,343	0,043	-0,447		-8,017	0,000
2	Constante	74,163	2,755			26,921	0,000
	AS	-0,258	0,045	-0,337		-5,713	0,000
	AE	-0,250	0,055	-0,269		-4,553	0,000
3	Constante	43,872	5,178			8,472	0,000
	AS	-0,133	0,046	-0,174		-2,922	0,004
	AE	-0,142	0,053	-0,153		-2,679	0,008
	D	0,387	0,058	0,408		6,716	0,000
4	Constante	49,447	5,205			9,500	0,000
	AS	-0,069	0,047	-0,090		-1,458	0,146
	AE	-0,100	0,053	-0,107		-1,898	0,059
	D	0,361	0,056	0,381		6,432	0,000
	RPV	-0,198	0,048	-0,236		-4,105	0,000

Nota: AS: Apoyo social; AE: Autoestima; D: Depresión; RPV: Razones para vivir.

EDAD ADULTA JOVEN

En este grupo de la muestra, el submodelo de Incapacidad permite una explicación del 46% de la variabilidad de la ideación suicida; mientras que si se adicionan las razones para vivir, el poder explicativo asciende al 52% (véase tabla 66).

Tabla 66. Cambios en varianza explicada con la inclusión de predictores del modelo de esquema de Falta de valía en adultos jóvenes

Variable adicional	R	R ²	R ² ajustado	Estadísticas de cambio				
				Cambio en R ²	F del cambio	gl1	gl2	p
AS	0,487	0,237	0,234	0,237	83,169	1	268	0,000
AE	0,622	0,386	0,382	0,150	65,078	1	267	0,000
AS x AE	0,644	0,414	0,408	0,028	12,688	1	266	0,000
D	0,684	0,468	0,460	0,053	26,545	1	265	0,000
RPV	0,727	0,528	0,520	0,061	34,037	1	264	0,000

Nota: AS: Apoyo social; AE: Autoestima; D: Depresión; RPV: Razones para vivir.

De acuerdo con el análisis de regresión jerárquica, las variables más relevantes al aportar los cambios más significativos en la explicación de la ideación suicida fueron el apoyo social, seguido de la autoestima.

En esta etapa vital, la interacción entre la autoestima y el apoyo social se presenta como la única interacción de aporte significativo, por lo que se puede afirmar que la autoestima modera el efecto del apoyo social, en la predicción de las ideas suicidas (véase tabla 67). Esta moderación es muy importante, hasta el punto de que su inclusión en el modelo genera la pérdida de significación del apoyo social como variable aislada.

De otro lado, en esta etapa vital se comprobó que la depresión y las razones para vivir tienen un efecto mediador en la influencia del apoyo social sobre la ideación suicida, pues al incluirlas en el modelo de predicción, la importancia predictiva del apoyo social disminuyó a niveles cada vez más bajos ($p > 0,05$).

Tabla 67. Cambios en la significación de los predictores con su inclusión en el submodelo de Falta de valía en adultos jóvenes

Modelo		Coeficientes no tipificados		Coeficientes tipificados		
		B	Error típico	Beta	t	p
1	Constante	71,041	2,518		28,216	0,000
	AS	-0,441	0,048	-0,487	-9,120	0,000
2	Constante	82,515	2,672		30,883	0,000
	AS	-0,254	0,049	-0,280	-5,154	0,000
	AE	-0,419	0,052	-0,438	-8,067	0,000
3	Constante	57,335	7,537		7,607	0,000
	AS	-0,074	0,070	-0,082	-1,061	0,290
	AE	-0,237	0,072	-0,248	-3,295	0,001
	AS x AE	15409,580	4326,031	,373	3,562	0,000
4	Constante	38,966	8,034		4,850	0,000
	AS	-0,028	0,067	-0,031	-,418	0,676
	AE	-0,166	0,070	-0,174	-2,363	0,019
	ASxAE	13202,207	4154,313	,319	3,178	0,002
	D	0,276	0,054	0,280	5,152	0,000
5	Constante	48,164	7,738		6,224	0,000
	AS	0,013	0,064	0,015	,210	0,834
	AE	-0,149	0,066	-0,156	-2,255	0,025
	ASxAE	9949,059	3956,791	,241	2,514	0,013
	D	0,261	0,051	0,264	5,146	0,000
	RPV	-0,209	0,036	-0,283	-5,834	0,000

Nota: AS: Apoyo social; AE: Autoestima; D: Depresión; RPV: Razones para vivir.

Efectos por nivel educativo

ESTUDIANTES DE SECUNDARIA

Tal como se presenta en la tabla 68, el submodelo de Incapacidad permite una explicación cercana al 45% de la variabilidad de la ideación suicida; mientras que si se adicionan las razones para vivir, el poder explicativo asciende al 51%.

Tabla 68. Cambios en varianza explicada con la inclusión de predictores del modelo de esquema de Falta de valía en estudiantes de secundaria

Variable adicional	R	R ²	R ² ajustado	Estadísticas de cambio				
				Cambio en R ²	F del cambio	gl1	gl2	p
AS	0,498	0,248	0,247	0,248	247,388	1	752	0,000
AE	0,569	0,324	0,322	0,076	84,404	1	751	0,000
D	0,662	0,438	0,436	0,115	153,274	1	750	0,000
AS x D	0,671	0,450	0,448	0,012	16,498	1	749	0,000
RPV	0,718	0,516	0,513	0,065	100,909	1	748	0,000

Nota: AS: Apoyo social; AE: Autoestima; D: Depresión; RPV: Razones para vivir.

Según los resultados del análisis de regresión jerárquica, el apoyo social es la variable con mayores aportes a la explicación de la ideación suicida.

En el modelo, también ingresó la interacción entre el apoyo social y la depresión, siendo la única interacción que demostró ser predictora significativa de la ideación suicida en la educación secundaria, y generando un aporte significativo en el poder explicativo del modelo (véase tabla 69), lo que permite comprobar la hipótesis de que la depresión modera el efecto del apoyo social en la predicción de las ideas suicidas. Esta interacción resulta tan importante que con su inclusión en el modelo de predicción, el efecto aislado del apoyo social dejó de ser significativo.

Tabla 69. Cambios en la significación de los predictores con su inclusión en el submodelo de Falta de valía en la educación secundaria

Modelo		Coeficientes no tipificados		Coeficientes tipificados		t	p
		B	Error típico	Beta			
1	Constante	73,731	1,559			47,300	0,000
	AS	-0,473	0,030	-0,498		-15,729	0,000
2	Constante	82,613	1,767			46,755	0,000
	AS	-0,343	0,032	-0,361		-10,778	0,000
	AE	-0,312	0,034	-0,308		-9,187	0,000
3	Constante	51,535	2,983			17,277	0,000
	AS	-0,261	0,030	-0,274		-8,754	0,000
	AE	-0,184	0,033	-0,182		-5,639	0,000

	D	0,418	0,034	0,385	12,380	0,000
4	Constante	40,330	4,041		9,981	0,000
	AS	-0,036	0,063	-0,038	-,582	0,561
	AE	-0,190	0,032	-0,188	-5,884	0,000
	D	0,261	0,051	0,240	5,107	0,000
	ASxD	7,501	1,847	0,335	4,062	0,000
5	Constante	53,800	4,025		13,365	0,000
	AS	0,024	0,059	0,025	,405	0,686
	AE	-0,126	0,031	-0,125	-4,067	0,000
	D	0,202	0,048	0,186	4,171	0,000
	ASxD	6,303	1,739	0,281	3,625	0,000
	RPV	-0,311	0,031	-0,318	-10,045	0,000

Nota: AS: Apoyo social; AE: Autoestima; D: Depresión; RPV: Razones para vivir.

Por último, ninguna variable presentó características de mediación, pues la inclusión de cada una de ellas no implicó una disminución de la significación predictiva de las demás variables introducidas previamente al modelo.

ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS

Tal como se presenta en la tabla 70, el submodelo de Falta de valía permite una explicación del 41%% de la variabilidad de la ideación suicida; mientras que si se adicionan las razones para vivir, el poder explicativo asciende al 46%.

Tabla 70. Cambios en varianza explicada con la inclusión de predictores del modelo de esquema de Falta de valía en estudiantes universitarios

Variable adicional	R	R ²	R ² ajustado	Estadísticas de cambio				
				Cambio en R ²	F del cambio	Gl1	gl2	p
AS	0,457	0,208	0,207	0,208	119,573	1	454	0,000
AE	0,569	0,324	0,321	0,116	77,593	1	453	0,000
D	0,629	0,396	0,392	0,071	53,426	1	452	0,000
D x AE	0,642	0,412	0,407	0,016	12,524	1	451	0,000
RPV	0,682	0,466	0,460	0,054	45,299	1	450	0,000

Nota: AS: Apoyo social; AE: Autoestima; D: Depresión; RPV: Razones para vivir.

De acuerdo con el análisis de regresión jerárquica, las dos variables que generan los cambios más significativos en la explicación de la ideación suicida son el apoyo social y la autoestima.

Al calcular el efecto de las diferentes interacciones de primer orden entre las variables de estudio se encontró que la única estadísticamente significativa fue la de autoestima y depresión (véase tabla 71), con lo que se comprueba que la depresión tiene un papel moderador de la autoestima, en su efecto sobre la ideación suicida. Esta interacción denota una gran importancia, pues su inclusión en el modelo acarreó que la pérdida de significación de la autoestima como variable aislada. Por el contrario, no se identifican relaciones de mediación, ya que la inclusión de cada variable no implicó la pérdida de significación de ninguna otra previamente ingresada al modelo.

Ajustes al submodelo de Falta de valía luego del análisis de regresión jerárquica

Con respecto al submodelo de Falta de valía, se encontró que el apoyo social tuvo efectos directos sobre la ideación suicida en todos los casos, a excepción del grupo de adultos, en los cuales su efecto estuvo mediado por la depresión y las razones para vivir.

De otro lado, la autoestima y la depresión tuvieron efectos directos sobre las ideas suicidas, y no establecieron relaciones significativas entre sí, salvo en los hombres y en los estudiantes universitarios grupo éste en el cual su interacción fue más significativa que los mismos efectos aislados de cada una de ellas.

La inclusión de las razones para vivir en todos los casos fue significativa, sirviendo en algunos casos como variable moderadora de los efectos de la depresión (mujeres) y del apoyo social (adultos), pero no de la autoestima. En general, esta variable no ejerció los efectos de mediación o de moderación esperados a la luz de la propuesta teórica.

Tabla 71. Cambios en la significación de los predictores con su inclusión en el submodelo de Falta de valía en estudiantes universitarios

Modelo		Coeficientes no tipificados		Coeficientes tipificados		
		B	Error típico	Beta	t	p
1	Constante	67,145	1,742		38,541	0,000
	AS	-0,369	0,034	-0,457	-10,935	0,000
2	Constante	78,098	2,035		38,369	0,000
	AS	-0,234	0,035	-0,289	-6,721	0,000
	AE	-0,359	0,041	-0,379	-8,809	0,000
3	Constante	53,545	3,873		13,827	0,000
	AS	-0,145	0,035	-0,180	-4,139	0,000
	AE	-0,260	0,041	-0,275	-6,361	0,000
	D	0,314	0,043	0,323	7,309	0,000
4	Constante	43,614	4,743		9,195	0,000
	AS	-0,142	0,035	-0,176	-4,106	0,000
	AE	-0,046	0,073	-0,049	-,638	0,524
	D	0,113	0,071	0,116	1,584	0,114
	AExD	8,588	2,427	0,395	3,539	0,000
5	Constante	52,604	4,719		11,147	0,000
	AS	-0,076	0,034	-0,094	-2,212	0,027
	AE	-0,081	0,069	-0,086	-1,170	0,243
	D	0,155	0,068	0,160	2,281	0,023
	AExD	5,542	2,360	0,255	2,349	0,019
	RPV	-0,198	0,029	-0,269	-6,730	0,000

Nota: AS: Apoyo social; AE: Autoestima; D: Depresión; RPV: Razones para vivir.

Según lo planteado por el submodelo de Falta de valía, se encontraría que la depresión mediaría los efectos de la baja autoestima y el bajo apoyo social; es decir que éstas tendrían una posible relación causal con aquella, situación que no se comprobó.

En congruencia con lo anterior, para el modelo de Falta de valía se puede afirmar que:

1. El apoyo social, la autoestima y la depresión tienen efectos directos sobre las ideas de suicidio.

2. El apoyo social tiende a establecer relaciones de moderación con la autoestima y con la depresión.
3. La depresión no media los efectos de la autoestima, ni del apoyo social.
4. Las razones para vivir no ejercen efectos moderadores o mediadores de la autoestima, la depresión y el apoyo social en la mayoría de los grupos.

Los ajustes a las relaciones planteadas para el submodelo de Falta de valía luego del análisis de regresión jerárquica, son representados en la figura 16.

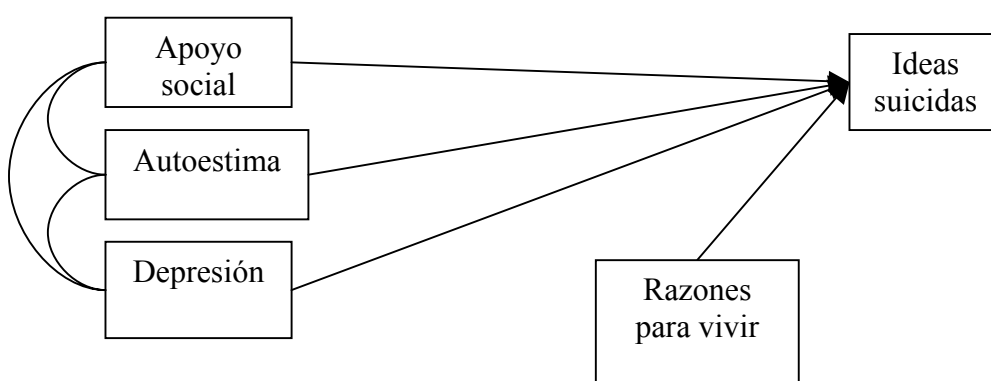


Figura 16. Relaciones entre las variables del submodelo de Falta de valía, luego del análisis de regresión jerárquica.

Formulación de ajustes al modelo de Incapacidad - Falta de valía a partir de los resultados del análisis de regresión jerárquica

Sobre la base de los resultados del análisis de regresión jerárquica para cada submodelo se supone entonces que las relaciones del modelo Incapacidad-Falta de valía podrían ser como se presentan en la figura 17. En ella aparecen los efectos directos de prácticamente todas las variables, a excepción de los eventos vitales estresantes, que establece relaciones de moderación tanto con la desesperanza como con la solución de problemas. De igual forma, se representan las interacciones del apoyo social, con la depresión y la autoestima. Finalmente aparece el efecto aislado de las razones para vivir sobre las ideas suicidas.

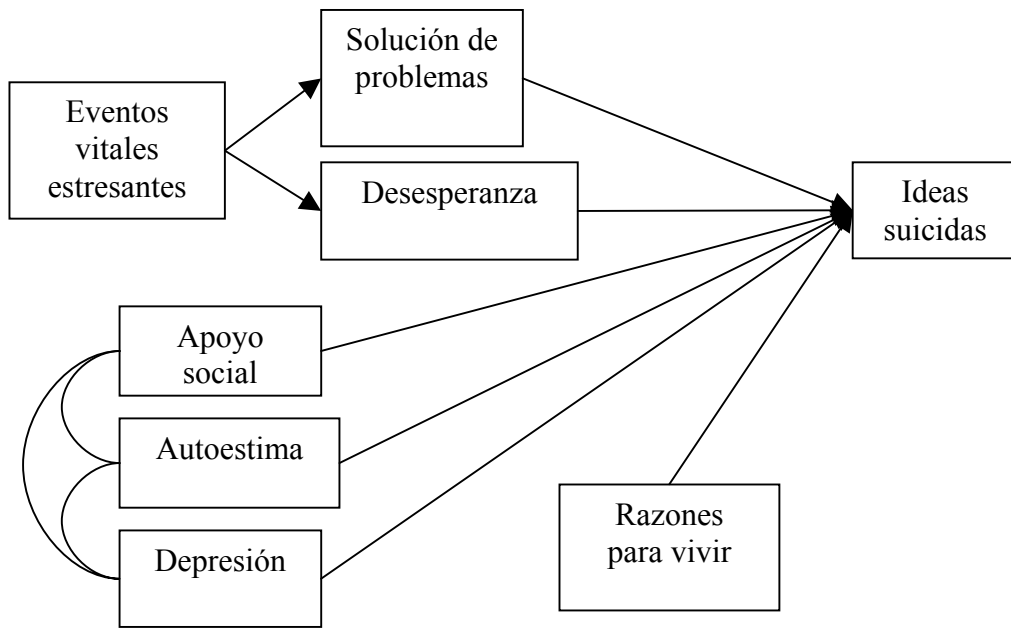


Figura 17. Modelo de Incapacidad-Falta de valía luego de la regresión jerárquica.

Submodelo de Riesgo

Esta parte del modelo teórico propone que la vivencia de eventos vitales estresantes puede generar síntomas de depresión, que al mantenerse provocan la desesperanza que, a su vez, hace más factible la presencia de ideas suicidas (véase figura 18).

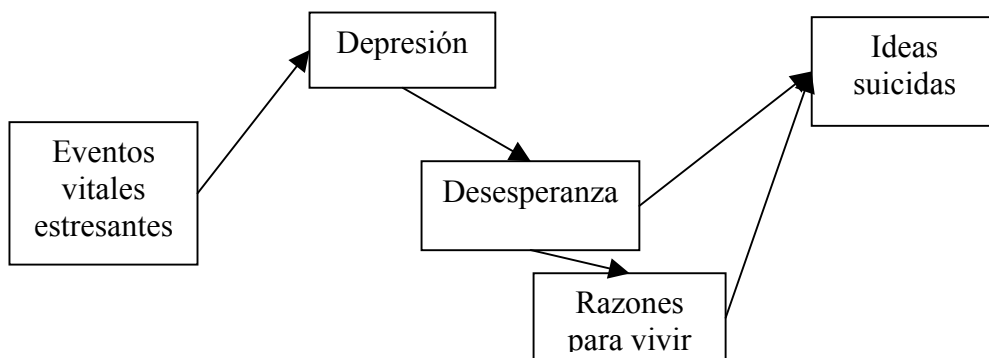


Figura 18. Relaciones del Submodelo de factores de riesgo

Muestra total

Tal como se presenta en la tabla 72, el submodelo de Riesgo permite una explicación del 50% de la variabilidad de la ideación suicida; mientras que si se adicionan las razones para vivir, el poder explicativo asciende a 54%.

Tabla 72. Cambios en varianza explicada con la inclusión de predictores del modelo de esquema de Riesgo

Variable adicional	R	R ²	R ² ajustado	Estadísticas de cambio				
				Cambio en R ²	F del cambio	gl1	gl2	p
S-Eve	0,340	0,116	0,115	0,116	157,952	1	1208	0,000
D	0,568	0,323	0,322	0,207	369,560	1	1207	0,000
EVE x D	0,572	0,328	0,326	0,005	8,378	1	1206	0,004
DE	0,709	0,503	0,502	0,176	426,316	1	1205	0,000
RPV	0,736	0,542	0,540	0,038	100,958	1	1204	0,000

Nota: S-Eve: Suma de eventos vitales estresantes; D: Depresión; DE: Desesperanza; RPV: Razones para vivir.

De acuerdo con el análisis de regresión jerárquica, las dos variables que generan los cambios más significativos en el modelo de explicación de la ideación suicida son la depresión y la desesperanza.

Se incluyó también la interacción entre eventos vitales y depresión, por ser la única estadísticamente significativa (véase tabla 73), lo que permite comprobar la hipótesis de que la depresión modera el efecto de los eventos vitales estresantes. Esta interacción es altamente significativa pues su inclusión en el modelo implicó que las dos variables aisladas perdieran significación.

De otro lado, se observa que el ingreso de la desesperanza en el modelo predictivo, genera una pérdida de significación de la interacción entre suma de eventos vitales estresantes y depresión, lo que comprueba la hipótesis de que la desesperanza tiene un papel mediador de las relaciones existentes entre aquellas variables y la ideación suicida. Igualmente, la inclusión de las razones para vivir disminuyó aún más la significación de la interacción entre la suma de eventos

vitales y la depresión, aunque no se comprobó su efecto mediador con cada variable aislada.

Tabla 73. Cambios en la significación de los predictores con su inclusión en el submodelo de Riesgo

Modelo		Coeficientes no tipificados		Coeficientes tipificados		
		B	Error típico	Beta	t	p
1	Constante	34,560	1,199		28,821	0,000
	S-Eve	0,293	0,023	0,340	12,568	0,000
2	Constante	18,015	1,357		13,272	0,000
	S-Eve	0,113	0,022	0,131	5,046	0,000
	D	0,523	0,027	0,501	19,224	0,000
3	Constante	33,596	5,550		6,053	0,000
	S-Eve	-0,185	0,105	-0,215	-1,754	0,080
	D	0,209	0,112	0,200	1,870	0,062
	EVExD	0,006	0,002	0,549	2,895	0,004
4	Constante	17,868	4,833		3,697	0,000
	S-Eve	-0,091	0,091	-0,105	-,998	0,319
	D	0,109	0,096	0,105	1,134	0,257
	EVExD	0,003	0,002	0,304	1,858	0,063
	DE	0,454	0,022	0,490	20,647	0,000
5	Constante	32,824	4,877		6,731	0,000
	S-Eve	-0,071	0,087	-0,083	-,818	0,414
	D	0,115	0,093	0,110	1,244	0,214
	EVExD	0,002	0,002	0,232	1,475	0,140
	DE	0,367	0,023	0,396	16,056	0,000
	RPV	-0,203	0,020	-0,233	-10,048	0,000

Nota: S-Eve: Suma de eventos vitales estresantes; D: Depresión; DE: Desesperanza; RPV: Razones para vivir.

Efectos por sexo

HOMBRES

Tal como se presenta en la tabla 74, el submodelo de Riesgo permite una explicación del 48% de la variabilidad de la ideación suicida; mientras que si se adicionan las razones para vivir, el poder explicativo asciende al 53%.

De acuerdo con el análisis de regresión jerárquica, las dos variables con mayores aportes al cambio en el nivel de explicación de la ideación suicida son la depresión y la desesperanza.

Tabla 74. Cambios en varianza explicada con la inclusión de predictores del submodelo de Riesgo en hombres

Variable adicional	R	R ²	R ² ajustado	Estadísticas de cambio				
				Cambio en R ²	F del cambio	gl1	gl2	p
S-Eve	0,349	0,122	0,120	0,122	92,368	1	666	0,000
D	0,548	0,300	0,298	0,179	169,797	1	665	0,000
EVE x D	0,556	0,309	0,306	0,009	8,625	1	664	0,003
DE	0,694	0,482	0,479	0,173	221,346	1	663	0,000
RPV	0,734	0,538	0,535	0,056	80,653	1	662	0,000

Nota: S-Eve: Suma de eventos vitales estresantes; D: Depresión; DE: Desesperanza; RPV: Razones para vivir.

De acuerdo con los cambios presentados por los coeficientes de regresión en cada paso del modelo jerárquico, se observa que el ingreso de la interacción entre eventos vitales estresantes y depresión resulta significativo (véase tabla 75), lo que permite comprobar la hipótesis de que la depresión es una variable moderadora de los eventos vitales estresantes, pues su interacción genera un cambio significativo en la explicación del modelo. Esta interacción es tan importante, que su inclusión genera una pérdida de significación de las variables independientes.

Finalmente, no se comprobaron relaciones de mediación entre las variables de estudio.

MUJERES

En este grupo de la muestra, el submodelo de Riesgo permite una explicación del 51,9% de la variabilidad de la ideación suicida; mientras que si se

adicionan las razones para vivir, el poder explicativo asciende a 53,3% (véase tabla 76).

Tabla 75. Cambios en la significación de los predictores con su inclusión en el submodelo de Riesgo en hombres

Modelo		Coeficientes no tipificados		Coeficientes tipificados		p
		B	Error típico	Beta	t	
1	Constante	34,341	1,523		22,542	0,000
	S-Eve	0,288	0,030	0,349	9,611	0,000
2	Constante	17,751	1,863		9,526	0,000
	S-Eve	0,125	0,030	0,151	4,225	0,000
	D	0,527	0,040	0,467	13,031	0,000
3	Constante	38,167	7,194		5,305	0,000
	S-Eve	-0,263	0,135	-0,319	-1,944	0,052
	D	0,103	0,150	0,091	,686	0,493
	EVExD	0,008	0,003	0,721	2,937	0,003
4	Constante	25,025	6,296		3,975	0,000
	S-Eve	-0,178	0,117	-0,216	-1,519	0,129
	D	-0,042	0,130	-0,037	-,322	0,748
	EVExD	0,005	0,002	0,497	2,331	0,020
	DE	0,436	0,029	0,494	14,878	0,000
5	Constante	41,294	6,218		6,641	0,000
	S-Eve	-0,152	0,111	-0,184	-1,370	0,171
	D	-0,052	0,123	-0,046	-,421	0,674
	EVExD	0,005	0,002	0,423	2,096	0,036
	DE	0,351	0,029	0,398	11,984	0,000
	RPV	-0,224	0,025	-0,274	-8,981	0,000

Nota: S-Eve: Suma de eventos vitales estresantes; D: Depresión; DE: Desesperanza; RPV: Razones para vivir.

De acuerdo con el análisis de regresión jerárquica, las dos variables que aportan los cambios más significativos en la explicación de la ideación suicida son la depresión y la desesperanza. No se incluyeron interacciones, pues ninguna de ellas alcanzó la significación estadística requerida.

Tabla 76. Cambios en varianza explicada con la inclusión de predictores del modelo de esquema de Riesgo en mujeres

Variable adicional	R	R ²	R ² ajustado	Estadísticas de cambio				
				Cambio en R ²	F del cambio	gl1	gl2	p
S-Eve	0,323	0,105	0,103	0,105	63,029	1	540	0,000
D	0,590	0,348	0,346	0,243	201,274	1	539	0,000
DE	0,725	0,526	0,523	0,178	201,823	1	538	0,000
RPV	0,739	0,547	0,543	0,021	24,555	1	537	0,000

Nota: S-Eve: Suma de eventos vitales estresantes; D: Depresión; DE: Desesperanza; RPV: Razones para vivir.

Al revisar el comportamiento de los coeficientes de regresión en cada paso (véase tabla 77), se observa que la inclusión de la desesperanza genera una pérdida de significación del efecto directo de los eventos vitales estresantes sobre la ideación suicida, lo que permite comprobar la hipótesis de que la desesperanza es una variable mediadora.

Tabla 77. Cambios en la significación de los predictores con su inclusión en el submodelo de Riesgo en mujeres

Modelo		Coeficientes no tipificados		Coeficientes tipificados	t	p
		B	Error típico	Beta		
1	Constante	35,139	1,925		18,255	0,000
	S-Eve	0,294	0,037	0,323	7,939	0,000
2	Constante	16,872	2,088		8,080	0,000
	S-Eve	0,092	0,035	0,101	2,651	0,008
	D	0,555	0,039	0,541	14,187	0,000
3	Constante	7,206	1,908		3,777	0,000
	S-Eve	0,058	0,030	0,064	1,965	0,050
	D	0,310	0,038	0,303	8,272	0,000
	DE	0,482	0,034	0,493	14,206	0,000
4	Constante	22,122	3,542		6,245	0,000
	S-Eve	0,034	0,029	0,038	1,169	0,243
	D	0,285	0,037	0,278	7,682	0,000
	DE	0,401	0,037	0,410	10,827	0,000
	RPV	-0,170	0,034	-0,181	-4,955	0,000

Nota: S-Eve: Suma de eventos vitales estresantes; D: Depresión; DE: Desesperanza; RPV: Razones para vivir.

Efectos por etapa vital

ADOLESCENCIA TEMPRANA

Tal como se presenta en la tabla 78, el submodelo de Riesgo permite una explicación cercana al 44% de la variabilidad de la ideación suicida; mientras que si se adicionan las razones para vivir, el poder explicativo asciende al 49%.

Tabla 78. Cambios en varianza explicada con la inclusión de predictores del modelo de esquema de Riesgo en adolescencia temprana

Variable adicional	R	R ²	R ² ajustado	Estadísticas de cambio				
				Cambio en R ²	F del cambio	gl1	gl2	p
S-Eve	0,376	0,142	0,139	0,142	50,782	1	308	0,000
D	0,485	0,235	0,230	0,093	37,436	1	307	0,000
DE	0,662	0,438	0,433	0,203	110,839	1	306	0,000
RPV	0,705	0,497	0,490	0,059	35,559	1	305	0,000

Nota: S-Eve: Suma de eventos vitales estresantes; D: Depresión; DE: Desesperanza; RPV: Razones para vivir.

Según los resultados del análisis de regresión jerárquica, las dos variables cuya inclusión genera los mayores aportes a la explicación de la ideación suicida son la desesperanza y la suma de eventos vitales.

En el modelo no aparecen interacciones, ya que ninguna de todas las posibles alcanzó el nivel de significación requerido, lo cual implica que no existen efectos de moderación entre las variables de estudio.

Finalmente, según los cambios presentados por los coeficientes de regresión en cada paso del modelo jerárquico, no se encuentran efectos de mediación, pues aunque luego de la inclusión de la desesperanza y las razones para vivir se observó una pérdida de significación de la depresión, en pruebas complementarias no se comprobó la significación de tal efecto (véase tabla 79).

Tabla 79. Cambios en la significación de los predictores con su inclusión en el submodelo de Riesgo en adolescencia temprana

Modelo		Coeficientes no tipificados		Coeficientes tipificados		<i>t</i>	<i>p</i>
		B	Error típico	Beta			
1	Constante	32,619	2,435			13,395	0,000
	S-Eve	0,330	0,046	0,376		7,126	0,000
2	Constante	20,173	3,073			6,566	0,000
	S-Eve	0,200	0,049	0,227		4,092	0,000
	D	0,392	0,064	0,340		6,119	0,000
3	Constante	10,247	2,800			3,659	0,000
	S-Eve	0,164	0,042	0,186		3,895	0,000
	D	0,141	0,060	0,122		2,347	0,020
	DE	0,478	0,045	0,510		10,528	0,000
4	Constante	33,351	4,697			7,101	0,000
	S-Eve	0,141	0,040	0,161		3,534	0,000
	D	0,111	0,057	0,096		1,947	0,052
	DE	0,351	0,048	0,374		7,298	0,000
	RPV	-0,283	0,048	-0,290		-5,963	0,000

Nota: S-Eve: Suma de eventos vitales estresantes; D: Depresión; DE: Desesperanza; RPV: Razones para vivir.

ADOLESCENCIA MEDIA

Tal como se presenta en la tabla 80, el submodelo de Riesgo permite una explicación del 60% de la variabilidad de la ideación suicida; mientras que si se adicionan las razones para vivir, el poder explicativo asciende al 63%.

Tabla 80. Cambios en varianza explicada con la inclusión de predictores del modelo de esquema de Riesgo en adolescencia media

Variable adicional	R	R ²	R ² ajustado	Estadísticas de cambio				
				Cambio en R ²	F del cambio	gl1	gl2	<i>p</i>
S-Eve	0,306	0,094	0,091	0,094	38,102	1	369	0,000
D	0,643	0,413	0,410	0,320	200,689	1	368	0,000
DE	0,778	0,605	0,602	0,192	178,142	1	367	0,000
RPV	0,796	0,634	0,630	0,029	28,819	1	366	0,000

Nota: S-Eve: Suma de eventos vitales estresantes; D: Depresión; DE: Desesperanza; RPV: Razones para vivir.

De acuerdo con el análisis de regresión jerárquica, las variables cuya inclusión generan los cambios más significativos en la explicación de la ideación suicida son la depresión y la desesperanza. En este grupo de edad no se encontró ninguna interacción que fuera estadísticamente significativa, razón por la cual no se comprobaron relaciones de moderación entre las variables.

Al revisar el comportamiento de los coeficientes de regresión en cada paso (véase tabla 81), se observa que la inclusión tanto de la depresión, como de las razones para vivir, generaron una pérdida de significación de los eventos vitales estresantes, razón por la cual se comprueba que aquellas median los efectos que éstos tienen sobre la ideación suicida.

Tabla 81. Cambios en la significación de los predictores con su inclusión en el submodelo de Riesgo en adolescencia media

Modelo		Coeficientes no tipificados		Coeficientes tipificados		
		B	Error típico	Beta	t	p
1	Constante	35,345	2,385		140,817	0,000
	S-Eve	0,283	0,046	0,306	60,173	0,000
2	Constante	14,642	2,414		60,065	0,000
	S-Eve	0,048	0,041	0,052	10,197	0,232
	D	0,662	0,047	0,620	140,166	0,000
3	Constante	7,844	2,048		30,830	0,000
	S-Eve	0,039	0,033	0,043	10,186	0,236
	D	0,371	0,044	0,347	80,400	0,000
	DE	0,433	0,032	0,518	130,347	0,000
4	Constante	27,244	4,118		60,616	0,000
	S-Eve	-0,004	0,033	-0,004	-0,111	0,912
	D	0,319	0,044	0,299	70,314	0,000
	DE	0,354	0,035	0,424	100,250	0,000
	RPV	-0,214	0,040	-0,226	-50,368	0,000

Nota: S-Eve: Suma de eventos vitales estresantes; D: Depresión; DE: Desesperanza; RPV: Razones para vivir.

ADOLESCENCIA TARDÍA

Tal como se presenta en la tabla 82, el submodelo de Riesgo permite una explicación del 41% de la variabilidad de la ideación suicida; mientras que si se adicionan las razones para vivir, el poder explicativo asciende al 44%.

Tabla 82. Cambios en varianza explicada con la inclusión de predictores del modelo de esquema de Riesgo en adolescencia tardía

Variable adicional	R	R ²	R ² ajustado	Estadísticas de cambio				
				Cambio en R ²	F del cambio	gl1	gl2	p
S-Eve	0,293	0,086	0,082	0,086	24,149	1	257	0,000
D	0,574	0,329	0,324	0,243	92,767	1	256	0,000
DE	0,651	0,423	0,417	0,094	41,756	1	255	0,000
RPV	0,676	0,458	0,449	0,034	15,979	1	254	0,000

Nota: S-Eve: Suma de eventos vitales estresantes; D: Depresión; DE: Desesperanza; RPV: Razones para vivir.

De acuerdo con el análisis de regresión jerárquica, la variable con mayor aporte a la explicación de la ideación suicida es la depresión. En el modelo, no se incluyó ninguna de las interacciones posibles entre las variables, toda vez que no alcanzaron el nivel de significación estadística exigido en el estudio

De acuerdo con los cambios presentados por los coeficientes de regresión en cada paso del modelo jerárquico, se observa que el ingreso de la depresión al modelo predictivo estuvo asociado a la pérdida de significación estadística del efecto directo de la suma de eventos vitales estresantes, comprobándose así que la depresión media los efectos de esta variable sobre la ideación suicida (véase tabla 83).

EDAD ADULTA JOVEN

En este grupo de la muestra, el submodelo de Riesgo permite una explicación del 52% de la variabilidad de la ideación suicida; mientras que si se adicionan las razones para vivir, el poder explicativo asciende al 55% (véase tabla 84).

Tabla 83. Cambios en la significación de los predictores con su inclusión en el submodelo de Riesgo en adolescencia tardía

Modelo		Coeficientes no tipificados		Coeficientes tipificados		t	p
		B	Error típico	Beta			
1	Constante	37,722	2,348			16,068	0,000
	S-Eve	0,226	0,046	0,293		4,914	0,000
2	Constante	20,790	2,674			7,774	0,000
	S-Eve	0,076	0,042	0,099		1,799	0,073
	D	0,502	0,052	0,530		9,632	0,000
3	Constante	12,012	2,831			4,243	0,000
	S-Eve	0,039	0,040	0,050		,976	0,330
	D	0,347	0,054	0,366		6,411	0,000
	DE	0,374	0,058	0,360		6,462	0,000
4	Constante	26,243	4,499			5,833	0,000
	S-Eve	0,036	0,039	0,046		,925	0,356
	D	0,304	0,054	0,320		5,661	0,000
	DE	0,305	0,059	0,293		5,174	0,000
	RPV	-0,176	0,044	-0,210		-3,997	0,000

Nota: S-Eve: Suma de eventos vitales estresantes; D: Depresión; DE: Desesperanza; RPV: Razones para vivir.

Tabla 84. Cambios en varianza explicada con la inclusión de predictores del modelo de Riesgo en adultos jóvenes

Variable adicional	R	R ²	R ² ajustado	Estadísticas de cambio				
				Cambio en R ²	F del cambio	gl1	gl2	p
S-Eve	0,378	0,143	0,140	0,143	44,733	1	268	0,000
D	0,569	0,324	0,319	0,181	71,537	1	267	0,000
EVE x D	0,609	0,371	0,364	0,047	19,996	1	266	0,000
DE	0,724	0,524	0,517	0,153	85,321	1	265	0,000
RPV	0,749	0,562	0,553	0,037	22,407	1	264	0,000

Nota: S-Eve: Suma de eventos vitales estresantes; D: Depresión; DE: Desesperanza; RPV: Razones para vivir.

De acuerdo con el análisis de regresión jerárquica, las variables que generaron mayores cambios en el poder explicativo del modelo fueron la depresión y la desesperanza.

En el modelo se incluyó la interacción entre eventos vitales estresantes y depresión, toda vez que fue la única estadísticamente significativa. Esto implica que la depresión ejerce un papel moderador del efecto que tienen los eventos vitales estresantes sobre la ideación suicida (véase tabla 85). Esta relación es sumamente importante, hasta el punto de que su inclusión generó una pérdida de significación de los efectos directos de la depresión.

Tabla 85. Cambios en la significación de los predictores con su inclusión en el submodelo de Riesgo en adultos jóvenes

Modelo		Coeficientes no tipificados		Coeficientes tipificados		<i>t</i>	<i>p</i>
		B	Error típico	Beta			
1	Constante	32,885	2,405			13,672	0,000
	S-Eve	0,324	0,048	0,378		6,688	0,000
2	Constante	18,913	2,703			6,996	0,000
	S-Eve	0,139	0,048	0,162		2,862	0,005
	D	0,472	0,056	0,478		8,458	0,000
3	Constante	61,005	9,769			6,245	0,000
	S-Eve	-0,700	0,193	-0,816		-3,622	0,000
	D	-0,365	0,195	-0,369		-1,873	0,062
	EVExD	0,016	0,004	1,572		4,472	0,000
4	Constante	29,889	9,155			3,265	0,001
	S-Eve	-0,350	0,173	-0,409		-2,030	0,043
	D	-0,165	0,171	-0,167		-,965	0,335
	EVExD	0,008	0,003	0,779		2,447	0,015
	DE	0,499	0,054	0,491		9,237	0,000
5	Constante	39,992	9,061			4,414	0,000
	S-Eve	-0,291	0,166	-0,340		-1,750	0,081
	D	-0,094	0,165	-0,095		-,568	0,571
	EVExD	0,007	0,003	0,632		2,055	0,041
	DE	0,400	0,056	0,393		7,121	0,000
	RPV	-0,167	0,035	-0,226		-4,734	0,000

Nota: S-Eve: Suma de eventos vitales estresantes; D: Depresión; DE: Desesperanza; RPV: Razones para vivir.

De otro lado, en esta etapa vital se comprobó que la desesperanza y las razones para vivir tienen un efecto mediador en la influencia que ejercen los eventos vitales estresantes sobre la ideación suicida, pues al incluirlas en el

modelo de predicción, la importancia de los eventos vitales estresantes disminuyó a niveles estadísticamente no significativos ($p > 0,05$).

Efectos por nivel educativo

ESTUDIANTES DE SECUNDARIA

Tal como se presenta en la tabla 86, el submodelo de Riesgo permite una explicación cercana al 52% de la variabilidad de la ideación suicida; mientras que si se adicionan las razones para vivir, el poder explicativo se incrementa hasta un 56%.

Tabla 86. Cambios en varianza explicada con la inclusión de predictores del modelo de esquema de Riesgo en estudiantes de secundaria

Variable adicional	R	R ²	R ² ajustado	Estadísticas de cambio				
				Cambio en R ²	F del cambio	gl1	gl2	p
S-Eve	0,343	0,118	0,116	0,118	100,171	1	752	0,000
D	0,576	0,332	0,330	0,214	240,810	1	751	0,000
DE	0,720	0,518	0,516	0,186	289,447	1	750	0,000
RPV	0,749	0,561	0,558	0,043	72,879	1	749	0,000

Nota: S-Eve: Suma de eventos vitales estresantes; D: Depresión; DE: Desesperanza; RPV: Razones para vivir.

Según los resultados del análisis de regresión jerárquica, las dos variables con mayores aportes a la explicación de la ideación suicida son la depresión y la desesperanza.

La falta de interacciones estadísticamente significativas y el hecho de que la inclusión de las variables no generó la pérdida de significación de alguna de las previamente ingresadas (véase tabla 87), implica que no se pueden comprobar relaciones de mediación y moderación en este grupo educativo.

Tabla 87. Cambios en la significación de los predictores con su inclusión en el submodelo de Riesgo en la educación secundaria

Modelo		Coeficientes no tipificados		Coeficientes Tipificados		
		B	Error típico	Beta	t	p
1	Constante	34,039	1,602		21,241	0,000
	S-Eve	0,306	0,031	0,343	10,009	0,000
2	Constante	16,579	1,793		9,249	0,000
	S-Eve	0,115	0,029	0,129	3,916	0,000
	D	0,554	0,036	0,510	15,518	0,000
3	Constante	8,395	1,598		5,254	0,000
	S-Eve	0,093	0,025	0,104	3,730	0,000
	D	0,289	0,034	0,266	8,486	0,000
	DE	0,446	0,026	0,501	17,013	0,000
4	Constante	30,189	2,974		10,150	0,000
	S-Eve	0,059	0,024	0,066	2,454	0,014
	D	0,244	0,033	0,225	7,409	0,000
	DE	0,343	0,028	0,385	12,343	0,000
	RPV	-0,254	0,030	-0,260	-8,537	0,000

Nota: S-Eve: Suma de eventos vitales estresantes; D: Depresión; DE: Desesperanza; RPV: Razones para vivir.

ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS

Tal como se presenta en la tabla 88, el submodelo de Riesgo permite una explicación del 47% de la variabilidad de la ideación suicida; mientras que si se adicionan las razones para vivir, el poder explicativo asciende al 50%.

Tabla 88. Cambios en varianza explicada con la inclusión de predictores del modelo de esquema de Riesgo en la educación secundaria

Variable adicional	R	R ²	R ² ajustado	Estadísticas de cambio				
				Cambio en R ²	F del cambio	gl1	gl2	p
S-Eve	0,324	0,105	0,103	0,105	53,107	1	454	0,000
D	0,552	0,304	0,301	0,199	129,888	1	453	0,000
EVE x D	0,573	0,329	0,324	0,024	16,442	1	452	0,000
DE	0,688	0,474	0,469	0,145	124,495	1	451	0,000
RPV	0,715	0,511	0,505	0,037	34,093	1	450	0,000

Nota: S-Eve: Suma de eventos vitales estresantes; D: Depresión; DE: Desesperanza; RPV: Razones para vivir.

De acuerdo con el análisis de regresión jerárquica, la depresión y la desesperanza son las variables que generan los cambios más significativos en la explicación de la ideación suicida.

De igual manera, el modelo identificado implicó a la interacción entre eventos vitales estresantes y depresión, como la única de las interacciones posibles que se instauró como predictora significativa de las ideas suicidas (véase tabla 89) con lo cual se demostró que la depresión es una variable que modera los efectos de los eventos vitales sobre la ideación suicida. Ahora bien, esta interacción es tan importante que hace que los efectos directos de la depresión dejen de ser significativos.

Tabla 89. Cambios en la significación de los predictores con su inclusión en el submodelo de Riesgo en estudiantes universitarios

Modelo		Coeficientes no tipificados		Coeficientes tipificados		p
		B	Error típico	Beta	t	
1	Constante	35,630	1,817		19,612	0,000
	S-Eve	0,267	0,037	0,324	7,287	0,000
2	Constante	20,581	2,077		9,908	0,000
	S-Eve	0,103	0,035	0,125	2,911	0,004
	D	0,475	0,042	0,489	11,397	0,000
3	Constante	50,951	7,763		6,563	0,000
	S-Eve	-0,495	0,152	-0,600	-3,267	0,001
	D	-0,139	0,157	-0,143	-,886	0,376
	EVExD	0,012	0,003	1,150	4,055	0,000
4	Constante	25,565	7,246		3,528	0,000
	S-Eve	-0,255	0,136	-0,309	-1,877	0,061
	D	-0,031	0,139	-0,032	-,224	0,823
	EVExD	0,006	0,003	0,571	2,224	0,027
	DE	0,471	0,042	0,461	11,158	0,000
5	Constante	36,368	7,235		5,027	0,000
	S-Eve	-0,210	0,132	-0,254	-1,595	0,111
	D	0,005	0,135	0,006	,040	0,968
	EVExD	0,005	0,003	0,458	1,845	0,066
	DE	0,384	0,043	0,376	8,858	0,000
	RPV	-0,163	0,028	-0,222	-5,839	0,000

Nota: S-Eve: Suma de eventos vitales estresantes; D: Depresión; DE: Desesperanza; RPV: Razones para vivir.

De otro lado, la desesperanza tiene efectos mediadores de los eventos vitales estresantes pues su inclusión en el modelo hace que éstos pierdan significación estadística. Lo mismo sucede con las razones para vivir, las cuales, además de mediar los efectos de los eventos vitales estresantes, también ejercen una función mediadora de la interacción entre la depresión y los eventos vitales.

Ajustes al submodelo de Riesgo luego del análisis de regresión jerárquica

En lo que hace referencia al submodelo de factores de riesgo se encontró que los eventos vitales sólo tuvieron un efecto directo sobre las ideas suicidas, en el caso de los hombres, la adolescencia temprana y la secundaria. En el resto de grupos, su efecto fue mediado o moderado por la depresión (adolescencia media y tardía, adultos y universitarios), por la desesperanza (muestra total, mujeres, adultos y universitarios) y por las razones para vivir (adolescencia media, adultos y universitarios).

Por su parte, la depresión tuvo efectos directos sobre las ideas suicidas en los diferentes grupos, a excepción de los resultados de la muestra total, en la cual se vio mediada por la desesperanza. Igualmente, tuvo relaciones de moderación con los eventos vitales estresantes.

De otro lado, la desesperanza sirvió como mediadora tanto de los eventos vitales estresantes como de la depresión; mientras que no estableció ninguna relación con las razones para vivir.

Finalmente, las razones para vivir no tuvieron efectos ni mediadores, ni moderadores de la desesperanza, ni de la depresión, aunque sí de los eventos vitales estresantes.

De acuerdo con el modelo propuesto, se esperaba que la depresión y la desesperanza fueran mediadores de las variables predecesoras. Sin embargo, la depresión y la desesperanza sólo fueron mediadoras de los eventos vitales en 2 grupos cada una; mientras que la desesperanza fue mediadora de la depresión sólo en la muestra total. De otro lado, se esperaba comprobar el efecto mediador o moderador de las razones para vivir, pero eso sólo se comprobó en algunos grupos para los eventos vitales estresantes.

En resumen, a partir de lo analizado previamente se establece que:

1. Los eventos vitales no ejercen efectos directos sobre las ideas suicidas.
2. La depresión tiene un efecto directo sobre las ideas suicidas y establece relaciones tanto de mediación como de moderación con los eventos vitales estresantes.
3. La desesperanza además de tener un efecto directo sobre las ideas suicidas, media el efecto de los eventos vitales estresantes.
4. La depresión y la desesperanza tienden a presentarse de manera independiente, aunque la desesperanza puede llegar a mediar el efecto de la depresión.
5. Las razones para vivir tienen un efecto directo sobre las ideas suicidas y sólo llegan a mediar el efecto de los eventos vitales estresantes.

Estas conclusiones y ajustes al submodelo de riesgo, se representan en la figura 19.

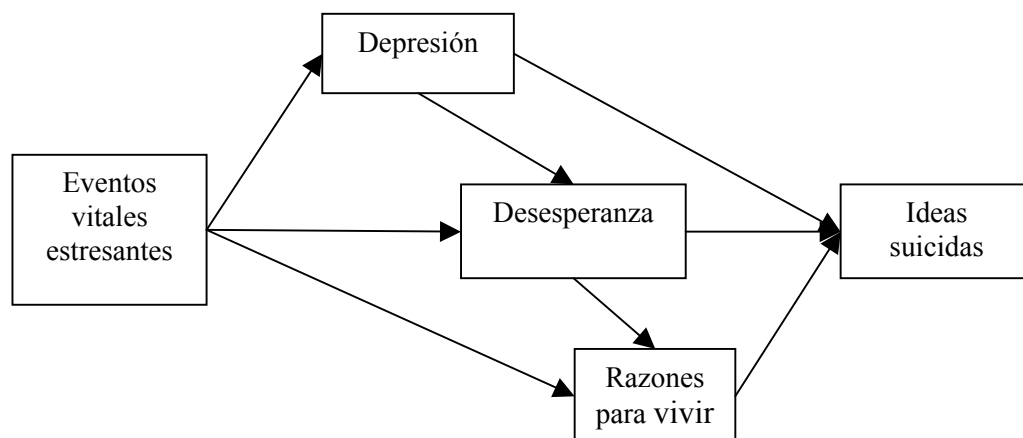


Figura 19. Relaciones en el submodelo de riesgo, luego del análisis de regresión jerárquica

Submodelo de Protección

Por su parte, el modelo de factores de protección implica que el apoyo social y la autoestima están interrelacionados y que generan un efecto directo sobre la percepción de solución de problemas que tenga la persona, la cual, a su vez, puede tener un efecto sobre las ideas suicidas, bien sea de tipo directo o indirecto, a través de las razones para vivir (véase figura 20).

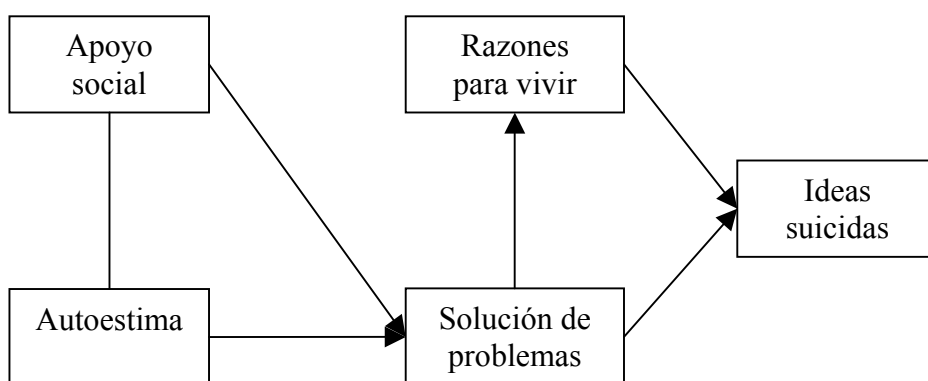


Figura 20. Relaciones del Submodelo de factores de protección

Muestra total

Tal como se presenta en la tabla 90, el submodelo de Protección permite una explicación cercana al 40% de la variabilidad de la ideación suicida; mientras que si se adicionan las razones para vivir, el poder explicativo asciende al 46%.

De acuerdo con el análisis de regresión jerárquica, la variable que ejerce un mayor impacto en los cambios de la varianza explicada de la ideación suicida es el apoyo social.

El modelo también incluyó a las interacciones del apoyo social con la autoestima y con la solución de problemas, las cuales fueron las únicas interacciones estadísticamente significativas (véase tabla 91), lo que permite

comprobar la hipótesis de que estas dos variables son moderadoras del apoyo social, pues su interacción genera un cambio significativo en la explicación del modelo.

Tabla 90. Cambios en varianza explicada con la inclusión de predictores del submodelo de Protección

Variable adicional	R	R ²	R ² ajustado	Estadísticas de cambio				
				Cambio en R ²	F del cambio	gl1	Gl2	p
AS	0,479	0,229	0,229	0,229	359,600	1	1208	0,000
AE	0,565	0,319	0,318	0,089	158,603	1	1207	0,000
AS x AE	0,571	0,326	0,324	0,007	12,776	1	1206	0,000
SP	0,629	0,396	0,394	0,070	139,989	1	1205	0,000
AS x SP	0,633	0,401	0,398	0,004	8,844	1	1204	0,003
RPV	0,681	0,464	0,461	0,063	142,303	1	1203	0,000

Nota: AS: Apoyo social; AE: Autoestima; SP: Solución de problemas; RPV: Razones para vivir.

De otro lado, se encontró que las razones para vivir cumplen una función mediadora del efecto del apoyo social sobre la ideación suicida, pues su inclusión en el modelo implicó que el valor predictivo de dicha variable perdiera significación estadística.

Efectos por sexo

HOMBRES

Tal como se presenta en la tabla 92, el submodelo de Riesgo permite una explicación del 41% de la variabilidad de la ideación suicida; mientras que si se adicionan las razones para vivir, el poder explicativo asciende al 48%.

Tabla 91. Cambios en la significación de los predictores con su inclusión en el submodelo de Protección

Modelo	Coeficiente no tipificado		Coeficiente tipificado		<i>t</i>	<i>p</i>
	B	Error Típico	Beta			
1 Constante	71,017	1,172			60,595	0,000
AS	-0,429	0,023	-0,479		-18,963	0,000
2 Constante	80,714	1,345			60,029	0,000
AS	-0,297	0,024	-0,331		-12,511	0,000
AE	-0,331	0,026	-0,334		-12,594	0,000
3 Constante	66,691	4,145			16,089	0,000
AS	-0,189	0,038	-0,211		-4,937	0,000
AE	-0,237	0,037	-0,239		-6,395	0,000
ASxAE	8582,758	2401,172	0,202		3,574	0,000
4 Constante	68,447	3,928			17,426	0,000
AS	-0,116	0,037	-0,130		-3,167	0,002
AE	-0,123	0,036	-0,124		-3,391	0,001
ASxAE	9230,932	2274,383	0,217		4,059	0,000
SP	-0,235	0,020	-0,306		-11,832	0,000
5 Constante	69,336	3,927			17,658	0,000
AS	-0,110	0,037	-0,123		-2,999	0,003
AE	-0,100	0,037	-0,101		-2,703	0,007
ASxAE	10413,581	2301,631	0,245		4,524	0,000
SP	-0,281	0,025	-0,366		-11,184	0,000
ASxSP	-1208,635	406,409	-0,090		-2,974	0,003
6 Constante	78,321	3,790			20,664	0,000
AS	-0,063	0,035	-0,071		-1,807	0,071
AE	-0,081	0,035	-0,082		-2,318	0,021
ASxAE	7243,099	2193,565	0,170		3,302	0,001
SP	-0,241	0,024	-0,314		-10,032	0,000
ASxSP	-1147,376	384,508	-0,085		-2,984	0,003
RPV	-0,261	0,022	-0,300		-11,929	0,000

Nota: AS: Apoyo social; AE: Autoestima; SP: Solución de problemas; RPV: Razones para vivir.

Tabla 92. Cambios en varianza explicada con la inclusión de predictores del submodelo de Protección en hombres

Variable adicional	R	R ²	R ² ajustado	Estadísticas de cambio				
				Cambio en R ²	F del cambio	gl1	gl2	p
AS	0,469	0,220	0,218	0,220	187,435	1	666	0,000
AE	0,568	0,322	0,320	0,103	100,736	1	665	0,000
AS x AE	0,589	0,347	0,344	0,025	25,105	1	664	0,000
SP	0,641	0,411	0,408	0,064	72,599	1	663	0,000
RPV	0,697	0,486	0,482	0,075	96,261	1	662	0,000

Nota: AS: Apoyo social; AE: Autoestima; SP: Solución de problemas; RPV: Razones para vivir.

De acuerdo con el análisis de regresión jerárquica, la variable que generó el mayor cambio en el poder explicativo del modelo predictivo de la ideación suicida es el apoyo social.

De acuerdo con los cambios presentados por los coeficientes de regresión en cada paso del modelo jerárquico, se observa que el ingreso de la interacción entre apoyo social y autoestima resulta significativa (véase tabla 93), lo que permite comprobar la hipótesis de que la autoestima modera el efecto del apoyo social sobre las ideas suicidas, pues su interacción genera un cambio significativo en la explicación del modelo. Esta interacción es muy importante, pues implica la pérdida de significación del efecto directo del apoyo social.

De otro lado, la pérdida de significación de la autoestima al ingresar las razones para vivir, permite corroborar que ésta es una variable mediadora del efecto de aquella sobre las ideas suicidas (véase tabla 93).

MUJERES

En este grupo de la muestra, el submodelo de Riesgo permite una explicación del 44% de la variabilidad de la ideación suicida; mientras que si se adicionan las razones para vivir, el poder explicativo asciende a 48% (véase tabla 94).

Tabla 93. Cambios en la significación de los predictores con su inclusión en el submodelo de Protección en hombres

Modelo		Coeficientes no tipificados		Coeficientes tipificados		
		B	Error típico	Beta	t	p
1	Constante	69,756	1,577		44,233	0,000
	AS	-0,418	0,031	-0,469	-13,691	0,000
2	Constante	80,433	1,815		44,312	0,000
	AS	-0,286	0,031	-0,321	-9,130	0,000
	AE	-0,347	0,035	-0,353	-10,037	0,000
3	Constante	55,428	5,299		10,459	0,000
	AS	-0,093	0,049	-0,104	-1,887	0,060
	AE	-0,180	0,048	-0,183	-3,793	0,000
	ASxAE	15365,272	3066,608	0,362	5,011	0,000
4	Constante	57,900	5,043		11,481	0,000
	AS	-0,025	0,048	-0,028	-,522	0,602
	AE	-0,084	0,047	-0,086	-1,809	0,071
	ASxAE	15221,344	2913,594	0,359	5,224	0,000
	SP	-0,218	0,026	-0,295	-8,520	0,000
5	Constante	69,543	4,863		14,301	0,000
	AS	0,004	0,045	0,004	,089	0,929
	AE	-0,080	0,044	-0,082	-1,849	0,065
	ASxAE	10652,791	2763,940	0,251	3,854	0,000
	SP	-0,187	0,024	-0,253	-7,762	0,000
	RPV	-0,259	0,026	-0,317	-9,811	0,000

Nota: AS: Apoyo social; AE: Autoestima; SP: Solución de problemas; RPV: Razones para vivir.

Tabla 94. Cambios en varianza explicada con la inclusión de predictores del modelo de esquema de Protección en mujeres

Variable adicional	R	R ²	R ² ajustado	Estadísticas de cambio				
				Cambio en R ²	F del cambio	gl1	gl2	p
AS	0,496	0,246	0,244	0,246	175,800	1	540	0,000
AE	0,562	0,316	0,314	0,071	55,743	1	539	0,000
SP	0,624	0,390	0,386	0,073	64,662	1	538	0,000
AE x SP	0,630	0,397	0,393	0,008	6,907	1	537	0,009
RPV	0,668	0,446	0,441	0,048	46,843	1	536	0,000

Nota: AS: Apoyo social; AE: Autoestima; SP: Solución de problemas; RPV: Razones para vivir.

De acuerdo con el análisis de regresión jerárquica, el apoyo social es la variable que aporta el cambio más significativo en la explicación de la ideación suicida.

Sólo se incluyó en el modelo a la interacción entre autoestima y solución de problemas, dado que las demás no alcanzaron significación estadística para ello. Lo anterior implica que la solución de problemas modera el efecto que la autoestima tiene sobre la ideación suicida. Es importante resaltar que a pesar de que esta interacción es importante, el efecto directo de cada una de las variables permanece siendo estadísticamente significativo.

Al revisar el comportamiento de los coeficientes de regresión en cada paso (véase tabla 95), no se observan elementos que permitan suponer relaciones de mediación entre las variables, pues ninguna de ellas perdió significación estadística con la inclusión de alguna otra.

Efectos por etapa vital

ADOLESCENCIA TEMPRANA

Tal como se presenta en la tabla 96, el submodelo de Protección permite una explicación del 35% de la variabilidad de la ideación suicida; mientras que si se adiciona tanto el efecto directo como una de las interacciones de las razones para vivir, el poder explicativo asciende casi al 45%.

Según los resultados del análisis de regresión jerárquica, las dos variables que realizan mayores aportes al modelo, en términos de su nivel de explicación de la ideación suicida son el apoyo social y la autoestima. En el modelo no ingresó ninguna de las interacciones posibles ya que no demostraron ser predictores estadísticamente significativos de la ideación suicida en la adolescencia temprana.

Tabla 95. Cambios en la significación de los predictores con su inclusión en el submodelo de Protección en mujeres

Modelo		Coeficientes no tipificados		Coeficientes tipificados		
		B	Error típico	Beta	t	p
1	Constante	72,615	1,739		41,768	0,000
	AS	-0,443	0,033	-0,496	-13,259	0,000
2	Constante	80,904	1,994		40,570	0,000
	AS	-0,316	0,036	-0,353	-8,744	0,000
	AE	-0,301	0,040	-0,302	-7,466	0,000
3	Constante	84,367	1,934		43,612	0,000
	AS	-0,260	0,035	-0,291	-7,466	0,000
	AE	-0,187	0,041	-0,188	-4,604	0,000
	SP	-0,249	0,031	-0,311	-8,041	0,000
4	Constante	88,119	2,396		36,779	0,000
	AS	-0,251	0,035	-0,281	-7,209	0,000
	AE	-0,191	0,040	-0,191	-4,719	0,000
	SP	-0,314	0,040	-0,393	-7,942	0,000
	AExSP	-1587,382	604,017	-0,119	-2,628	0,009
5	Constante	91,339	2,347		38,911	0,000
	AS	-0,167	0,036	-0,187	-4,700	0,000
	AE	-0,136	0,040	-0,136	-3,429	0,001
	SP	-0,264	0,039	-0,330	-6,814	0,000
	AExSP	-1449,827	580,124	-0,109	-2,499	0,013
	RPV	-0,257	0,038	-0,274	-6,844	0,000

Nota: AS: Apoyo social; AE: Autoestima; SP: Solución de problemas; RPV: Razones para vivir.

Tabla 96. Cambios en varianza explicada con la inclusión de predictores del submodelo de Protección en adolescencia temprana

Variable adicional	R	R ²	R ² ajustado	Estadísticas de cambio				
				Cambio en R ²	F del cambio	gl1	gl2	p
AS	0,415	0,172	0,169	0,172	63,922	1	308	0,000
AE	0,533	0,285	0,280	0,113	48,353	1	307	0,000
SP	0,598	0,357	0,351	0,073	34,591	1	306	0,000
RPV	0,663	0,439	0,432	0,082	44,453	1	305	0,000
SP x RPV	0,676	0,457	0,448	0,018	10,200	1	304	0,002

Nota: AS: Apoyo social; AE: Autoestima; SP: Solución de problemas; RPV: Razones para vivir.

De acuerdo con los cambios de los coeficientes de regresión, no se pueden probar relaciones de mediación entre las variables, pues ninguna de las variables incluidas le restó significación estadística a las previamente ingresadas en el modelo. No obstante lo anterior, se halló que las razones para vivir tienen un efecto moderador de la solución de problemas, pues su interacción resultó estadísticamente significativa y generó un cambio estadísticamente importante en el porcentaje de varianza explicada del modelo (véase tabla 97).

Tabla 97. Cambios en la significación de los predictores con su inclusión en el submodelo de Protección en adolescencia temprana

Modelo		Coeficientes no tipificados		Coeficientes tipificados		
		B	Error típico	Beta	t	p
1	Constante	67,817	2,337		29,020	0,000
	AS	-0,366	0,046	-0,415	-7,995	0,000
2	Constante	79,634	2,761		28,846	0,000
	AS	-0,232	0,047	-0,263	-4,970	0,000
	AE	-0,376	0,054	-0,368	-6,954	0,000
3	Constante	83,236	2,692		30,924	0,000
	AS	-0,190	0,045	-0,215	-4,223	0,000
	AE	-0,278	0,054	-0,273	-5,169	0,000
	SP	-0,217	0,037	-0,296	-5,881	0,000
4	Constante	89,433	2,685		33,312	0,000
	AS	-0,123	0,043	-0,139	-2,839	0,005
	AE	-0,202	0,052	-0,198	-3,912	0,000
	SP	-0,150	0,036	-0,205	-4,172	0,000
	RPV	-0,332	0,050	-0,340	-6,667	0,000
5	Constante	93,770	2,973		31,537	0,000
	AS	-0,104	0,043	-0,117	-2,406	0,017
	AE	-0,176	0,052	-0,173	-3,417	0,001
	SP	-0,208	0,040	-0,284	-5,223	0,000
	RPV	-0,392	0,053	-0,401	-7,461	0,000
	SPxRPV1	-1260,039	394,533	-0,170	-3,194	0,002

Nota: AS: Apoyo social; AE: Autoestima; SP: Solución de problemas; RPV: Razones para vivir.

ADOLESCENCIA MEDIA

Tal como se presenta en la tabla 98, el submodelo de Protección permite una explicación del 57,5% de la variabilidad de la ideación suicida; mientras que si se adicionan las razones para vivir, el poder explicativo asciende al 61%.

Tabla 98. Cambios en varianza explicada con la inclusión de predictores del submodelo de Protección en adolescencia media

Variable adicional	R	R ²	R ² ajustado	Estadísticas de cambio				
				Cambio en R ²	F del cambio	gl1	gl2	p
AS	0,569	0,323	0,321	0,323	176,314	1	369	0,000
AE	0,610	0,372	0,368	0,049	28,444	1	368	0,000
SP	0,675	0,455	0,451	0,083	56,156	1	367	0,000
RPV	0,729	0,531	0,526	0,076	59,540	1	366	0,000

Nota: AS: Apoyo social; AE: Autoestima; SP: Solución de problemas; RPV: Razones para vivir.

De acuerdo con el análisis de regresión jerárquica, la variable que genera el cambio más significativos en la explicación de la ideación suicida fue el apoyo social. En este grupo de edad no se incluyó ninguna de las interacciones posibles, toda vez que no alcanzaron el nivel de significación estadística exigido.

Al revisar el comportamiento de los coeficientes de regresión en cada paso (véase tabla 99), se observa que ninguna de las variables cumple una función de mediación, pues en todos los casos las variables mantuvieron su significación estadística, a pesar del ingreso de las demás.

ADOLESCENCIA TARDÍA.

Tal como se presenta en la tabla 100, el submodelo de Protección permite una explicación del 36,4% de la variabilidad de la ideación suicida; mientras que si se adicionan las razones para vivir, el poder explicativo asciende al 40%. De acuerdo con el análisis de regresión jerárquica, el apoyo social es la variable con el mayor aporte a la explicación de la ideación suicida.

Tabla 99. Cambios en la significación de los predictores con su inclusión en el submodelo de Protección en adolescencia media

Modelo		Coeficientes no tipificados		Coeficientes tipificados		
		B	Error típico	Beta	t	p
1	Constante	79,312	2,267		34,979	0,000
	AS	-0,573	0,043	-0,569	-13,278	0,000
2	Constante	85,998	2,521		34,109	0,000
	AS	-0,454	0,047	-0,450	-9,603	0,000
	AE	-0,258	0,048	-0,250	-5,333	0,000
3	Constante	88,736	2,379		37,292	0,000
	AS	-0,339	0,047	-0,336	-7,259	0,000
	AE	-0,155	0,047	-0,150	-3,280	0,001
	SP	-0,285	0,038	-0,342	-7,494	0,000
4	Constante	92,581	2,265		40,870	0,000
	AS	-0,196	0,047	-0,195	-4,162	0,000
	AE	-0,099	0,044	-0,096	-2,233	0,026
	SP	-0,230	0,036	-0,276	-6,375	0,000
	RPV	-0,332	0,043	-0,351	-7,716	0,000

Nota: S-Eve: Suma de eventos vitales estresantes; D: Depresión; DE: Desesperanza; AE: Autoestima; AS: Apoyo social; SP: Solución de problemas; RPV: Razones para vivir.

Tabla 100. Cambios en varianza explicada con la inclusión de predictores del submodelo de Protección en adolescencia tardía

Variable adicional	R	R ²	R ² ajustado	Estadísticas de cambio				
				Cambio en R ²	F del cambio	gl1	gl2	p
AS	0,447	0,200	0,197	0,200	64,277	1	257	0,000
AE	0,510	0,260	0,254	0,060	20,732	1	256	0,000
SP	0,536	0,288	0,279	0,028	9,929	1	255	0,002
AE x SP	0,572	0,328	0,317	0,040	15,060	1	254	0,000
RPV	0,607	0,368	0,355	0,040	16,128	1	253	0,000

Nota: AS: Apoyo social; AE: Autoestima; SP: Solución de problemas; RPV: Razones para vivir.

En el modelo, sólo ingresó la interacción entre autoestima y solución de problemas, convirtiéndose en un predictor adicional válido de la ideación suicida. Esto implica que la solución de problemas modera el efecto directo que la autoestima ejerce sobre la variable dependiente, pues tal interacción generó un

cambio en el poder explicativo del modelo, por medio de un coeficiente de regresión estadísticamente significativo (véase tabla 101).

Tabla 101. Cambios en la significación de los predictores con su inclusión en el submodelo de Protección en adolescencia tardía

Modelo		Coeficientes no tipificados		Coeficientes tipificados		<i>t</i>	<i>p</i>
		B	Error típico	Beta			
1	Constante	66,112	2,192			30,160	0,000
	AS	-0,343	0,043	-0,447		-8,017	0,000
2	Constante	74,163	2,755			26,921	0,000
	AS	-0,258	0,045	-0,337		-5,713	0,000
	AE	-0,250	0,055	-0,269		-4,553	0,000
3	Constante	76,402	2,800			27,290	0,000
	AS	-0,233	0,045	-0,304		-5,168	0,000
	AE	-0,180	0,058	-0,193		-3,086	0,002
	SP	-0,146	0,046	-0,191		-3,151	0,002
4	Constante	83,180	3,237			25,695	0,000
	AS	-0,201	0,045	-0,263		-4,509	0,000
	AE	-0,170	0,057	-0,183		-2,998	0,003
	SP	-0,297	0,060	-0,387		-4,984	0,000
	AExSP	-3000,239	773,124	-0,271		-3,881	0,000
5	Constante	86,039	3,224			26,683	0,000
	AS	-0,133	0,047	-0,174		-2,853	0,005
	AE	-0,131	0,056	-0,141		-2,337	0,020
	SP	-0,264	0,058	-0,345		-4,524	0,000
	AExSP	-2790,001	752,903	-0,252		-3,706	0,000
	RPV	-0,201	0,050	-0,240		-4,016	0,000

Nota: AS Apoyo Social; AE: Autoestima; SP: Solución de problemas; RPV: Razones para vivir.

Por su parte, no se hallaron relaciones de mediación, ya que ninguna de las variables incluidas en el modelo perdió significación estadística con la inclusión de las demás.

EDAD ADULTA JOVEN

En este grupo de la muestra, el submodelo de Protección permite una explicación del 48% de la variabilidad de la ideación suicida; mientras que si se

adicionan las razones para vivir, el poder explicativo asciende al 54% (véase tabla 102).

Tabla 102. Cambios en varianza explicada con la inclusión de predictores del submodelo de Protección en adultos jóvenes

Variable adicional	R	R ²	R ² ajustado	Estadísticas de cambio				
				Cambio en R ²	F del cambio	gl1	gl2	p
AS	0,487	0,237	0,234	0,237	83,169	1	268	0,000
AE	0,622	0,386	0,382	0,150	65,078	1	267	0,000
AS x AE	0,644	0,414	0,408	0,028	12,688	1	266	0,000
SP	0,697	0,486	0,478	0,072	37,077	1	265	0,000
RPV	0,740	0,548	0,540	0,062	36,263	1	264	0,000

Nota: AS: Apoyo social; AE: Autoestima; SP: Solución de problemas; RPV: Razones para vivir.

De acuerdo con el análisis de regresión jerárquica, las variable más relevante al aportar los cambios más significativos en la explicación de la ideación suicida fue el apoyo social, seguido de la autoestima. En esta etapa vital, la interacción entre la autoestima y el apoyo social se presentó como la única interacción de aporte significativo.

Al tomar en consideración los resultados de los coeficientes de regresión de las diferentes variables predictoras, se puede observar que la autoestima modera el efecto del apoyo social, en la predicción de las ideas suicidas (véase tabla 103). Esta moderación es tan importante hasta el punto de que su inclusión en el modelo genera la pérdida de significación del apoyo social como variable aislada.

De otro lado, la significación estadística de la autoestima se pierde con la inclusión de la solución de problemas, razón por la cual se comprueba que ésta media el efecto de aquella.

Efectos por nivel educativo

ESTUDIANTES DE SECUNDARIA

Tal como se presenta en la tabla 104, el submodelo de Protección permite una explicación cercana al 40% de la variabilidad de la ideación suicida; mientras que si se adicionan las razones para vivir, el poder explicativo asciende casi al 48%.

Tabla 103. Cambios en la significación de los predictores con su inclusión en el submodelo de Protección en adultos jóvenes

Modelo		Coeficientes no tipificados		Coeficientes tipificados		
		B	Error típico	Beta	t	p
1	Constante	71,041	2,518		28,216	0,000
	AS	-0,441	0,048	-0,487	-9,120	0,000
2	Constante	82,515	2,672		30,883	0,000
	AS	-0,254	0,049	-0,280	-5,154	0,000
	AE	-0,419	0,052	-0,438	-8,067	0,000
3	Constante	57,335	7,537		7,607	0,000
	AS	-0,074	0,070	-0,082	-1,061	0,290
	AE	-0,237	0,072	-0,248	-3,295	0,001
	ASxAE	15409,580	4326,031	0,373	3,562	0,000
4	Constante	59,363	7,081		8,384	0,000
	AS	0,005	0,067	0,005	0,072	0,943
	AE	-0,118	0,070	-0,123	-1,672	0,096
	ASxAE	14987,994	4060,080	0,363	3,692	0,000
	SP	-0,240	0,039	-0,330	-6,089	0,000
5	Constante	67,527	6,789		9,947	0,000
	AS	0,047	0,063	0,052	0,741	0,460
	AE	-0,101	0,066	-0,106	-1,525	0,129
	ASxAE	11591,216	3855,709	0,280	3,006	0,003
	SP	-0,232	0,037	-0,319	-6,263	0,000
	RPV	-0,211	0,035	-0,286	-6,022	0,000

Nota: AS: Apoyo social; AE: Autoestima; SP: Solución de problemas; RPV: Razones para vivir.

Según los resultados del análisis de regresión jerárquica, el apoyo social es la variable con mayores aportes al modelo de explicación de la ideación suicida; mientras que el ingreso de las demás variables aporta cantidades similares de varianza explicada.

Tabla 104. Cambios en varianza explicada con la inclusión de predictores del submodelo de Protección en estudiantes de secundaria

Variable adicional	R	R ²	R ² ajustado	Estadísticas de cambio				
				Cambio en R ²	F del cambio	gl1	gl2	p
AS	0,498	0,248	0,247	0,248	247,388	1	752	0,000
AE	0,569	0,324	0,322	0,076	84,404	1	751	0,000
SP	0,631	0,399	0,396	0,075	93,443	1	750	0,000
RPV	0,693	0,480	0,477	0,082	117,753	1	749	0,000

Nota: AS: Apoyo social; AE: Autoestima; SP: Solución de problemas; RPV: Razones para vivir.

En el modelo, no se incluyó ninguna de las interacciones posibles, pues no alcanzaron el nivel de significación requerido, razón por la cual no se pueden probar hipótesis moderadoras entre las variables.

De acuerdo con el comportamiento de los coeficientes de regresión, no se pueden probar tampoco relaciones de mediación, pues el ingreso de todas las variables no generó cambios significativos en la significación de las variables regresoras previas (véase tabla 105).

ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS

Tal como se presenta en la tabla 106, el submodelo de Protección permite una explicación del 41%% de la variabilidad de la ideación suicida; mientras que si se adicionan las razones para vivir, el poder explicativo asciende al 46%.

De acuerdo con el análisis de regresión jerárquica, las variable que genera el cambio más significativo en la explicación de la ideación suicida es el apoyo social.

No se incluyó ninguna de las interacciones posibles pues no alcanzaron la cantidad requerida de cambio en la explicación del modelo, por lo cual no se pudo

comprobar la presencia de relaciones de moderación entre las variables del estudio.

Tabla 105. Cambios en la significación de los predictores con su inclusión en el submodelo de Protección en la educación secundaria

Modelo		Coeficientes no tipificados		Coeficientes tipificados		<i>t</i>	<i>p</i>
		B	Error típico	Beta			
1	Constante	73,731	1,559			47,300	0,000
	AS	-0,473	0,030	-0,498		-15,729	0,000
2	Constante	82,613	1,767			46,755	0,000
	AS	-0,343	0,032	-0,361		-10,778	0,000
	AE	-0,312	0,034	-0,308		-9,187	0,000
3	Constante	85,870	1,701			50,483	0,000
	AS	-0,273	0,031	-0,287		-8,844	0,000
	AE	-0,212	0,034	-0,209		-6,305	0,000
	SP	-0,244	0,025	-0,311		-9,667	0,000
4	Constante	91,062	1,653			55,088	0,000
	AS	-0,165	0,030	-0,174		-5,442	0,000
	AE	-0,138	0,032	-0,136		-4,316	0,000
	SP	-0,184	0,024	-0,234		-7,628	0,000
	RPV	-0,344	0,032	-0,353		-10,851	0,000

Nota: AS: Apoyo social; AE: Autoestima; SP: Solución de problemas; RPV: Razones para vivir.

Tabla 106. Cambios en varianza explicada con la inclusión de predictores del submodelo de Protección en estudiantes universitarios

Variable adicional	R	R ²	R ² ajustado	Estadísticas de cambio				
				Cambio en R ²	F del cambio	Gl1	gl2	<i>p</i>
AS	0,457	0,208	0,207	0,208	119.573	1	454	0,000
AE	0,569	0,324	0,321	0,116	77.593	1	453	0,000
SP	0,617	0,381	0,376	0,056	41.105	1	452	0,000
RPV	0,669	0,448	0,443	0,067	54.730	1	451	0,000

Nota: AS: Apoyo social; AE: Autoestima; SP: Solución de problemas; RPV: Razones para vivir.

Tampoco se pudo comprobar el efecto de mediación de las variables, pues el ingreso de cada una de ellas no restó significación estadística a las previamente incluidas en el modelo (véase tabla 107).

Tabla 107. Cambios en la significación de los predictores con su inclusión en el submodelo de Protección en estudiantes universitarios

Modelo		Coeficientes no tipificados		Coeficientes tipificados		
		B	Error típico	Beta	t	p
1	Constante	67.145	1.742		38.541	0,000
	AS	-0,369	0,034	-0,457	-10.935	0,000
2	Constante	78.098	2.035		38.369	0,000
	AS	-0,234	0,035	-0,289	-6.721	0,000
	AE	-0,359	0,041	-0,379	-8.809	0,000
3	Constante	80.070	1.975		40.541	0,000
	AS	-0,180	0,034	-0,223	-5.252	0,000
	AE	-0,248	0,043	-0,262	-5.816	0,000
	SP	-0,209	0,033	-0,285	-6.411	0,000
4	Constante	83.409	1.921		43.421	0,000
	AS	-0,103	0,034	-0,128	-3.027	0,003
	AE	-0,204	0,041	-0,216	-5.003	0,000
	SP	-0,189	0,031	-0,258	-6.124	0,000
	RPV	-0,217	0,029	-0,294	-7.398	0,000

Nota: AS: Apoyo social; AE: Autoestima; SP: Solución de problemas; RPV: Razones para vivir.

Ajustes al submodelo de protección luego del análisis de regresión jerárquica

Con respecto al submodelo de factores de protección, el apoyo social tuvo efectos directos sobre las ideas suicidas en todos los grupos, mas en la muestra total se halló la mediación de las razones para vivir.

Por su parte, la autoestima tuvo efectos directos sobre las ideas de suicidio, así como efectos mediados por las razones para vivir (hombres) y por la solución de problemas (adultos). En algunos grupos (mujeres y adolescencia tardía) también tuvo relaciones de moderación con ésta última variable.

La solución de problemas tuvo efectos directos sobre las ideas de suicidio en todos los casos, mostrando algunas relaciones con la autoestima, mas no con el apoyo social.

Finalmente, las razones para vivir tuvieron un efecto directo sobre las ideas suicidas, pero contrario a lo esperado, no mediaron el efecto de ninguna variable, salvo de la autoestima en el grupo de los hombres, así como del apoyo social en la muestra total.

En congruencia con lo anterior, para el modelo de Falta de valía se puede afirmar que:

1. El apoyo social, la autoestima y la solución de problemas tienen efectos directos sobre las ideas de suicidio.
2. Se dan esporádicas relaciones de moderación entre el apoyo social, la autoestima y la solución de problemas.
3. No se presentan relaciones de mediación de la autoestima, ni de la solución de problemas con respecto a las variables predecesoras en el modelo teórico.
4. En general, las razones para vivir no tienen un efecto mediador, ni moderador de las variables del modelo, en especial de la solución de problemas.

Estas características se representan en la figura 21.

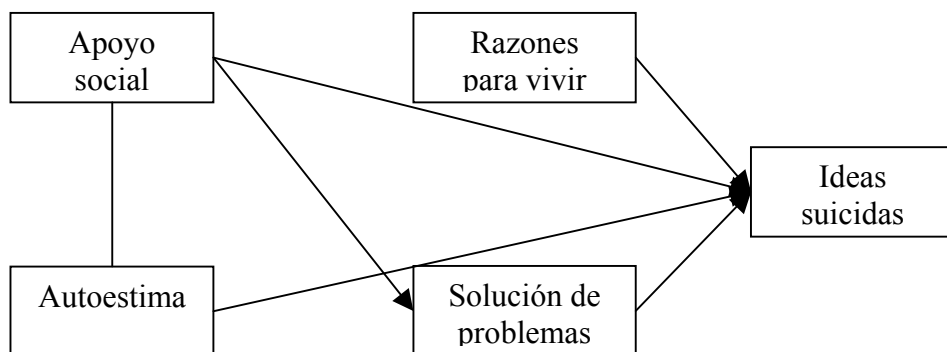


Figura 21. Relaciones en el modelo de protección, luego del análisis de regresión jerárquica.

Formulación de ajustes al modelo de factores de riesgo y protección a partir de los resultados del análisis de regresión jerárquica

Tomando en consideración los resultados obtenidos en los modelos de regresión jerárquica, tanto para el submodelo de riesgo como para el de protección, se considera pertinente redefinir las relaciones propuestas entre las variables del modelo integrador. En congruencia con ello se propone la figura 22, en la cual se observan los efectos directos de todas las variables, a excepción de los eventos vitales estresantes, así como las posibles relaciones de mediación de la desesperanza frente a la depresión. También se presentan las asociaciones entre los factores de protección y el papel mediador que las razones para vivir tendrían frente a los eventos vitales, la autoestima y el apoyo social.

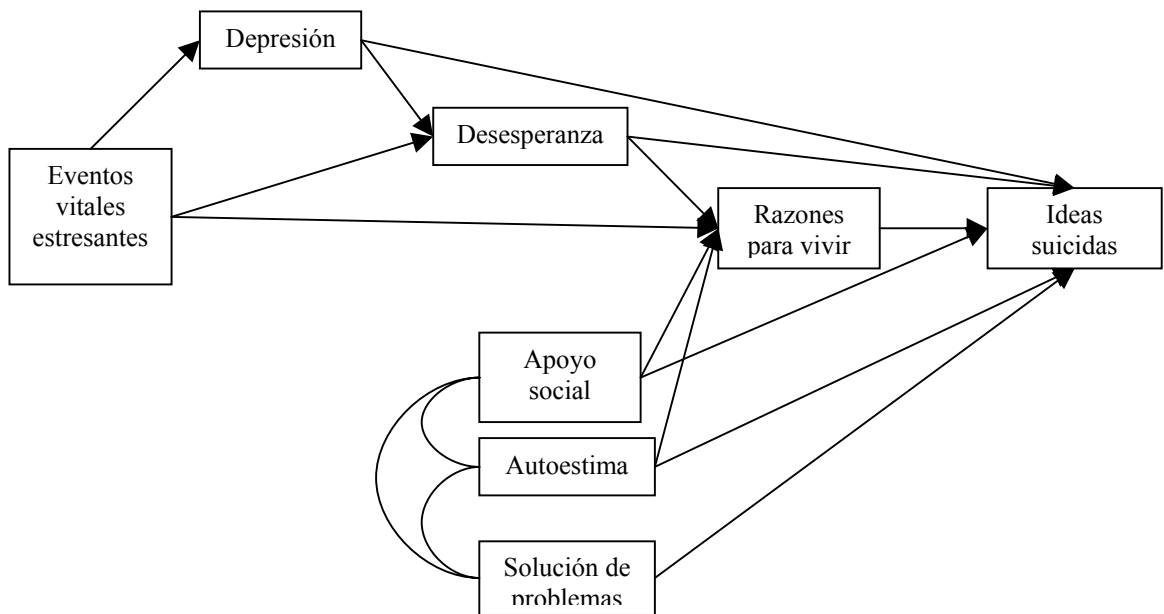


Figura 22. Modelo de Incapacidad-Falta de valía luego de la regresión jerárquica.

Comparación del poder predictivo de los modelos Incapacidad-Falta de valía vs. Factores de Riesgo-Protección

Con el cálculo de los análisis de regresión lineal jerárquica, se pudo comprobar el efecto explicativo de cada uno de los modelos sometidos a análisis. En la tabla 108 se puede observar una comparación de sus principales estadísticas.

Al comparar el poder predictivo de los modelos estudiados, se observa que es el modelo base (compuesto por todas las variables predictoras), el que mejor explicación ofrece. No obstante lo anterior, los submodelos de incapacidad y de riesgo, tienen un nivel de explicación muy cercano y con muchas menos variables incluidas; es decir, ofrecen explicaciones más parsimoniosas.

Tabla 108. Comparación de estadísticas de ajuste de los modelos de predicción de las ideas suicidas

Modelo	Variables	R ² ajustado	R ² ajustado incluyendo RPV
Base	DE, D, RPV, SP, AE, S-EVE, AS	0,564	---
Incapacidad	S-EVE, SP, EVE x SP, DE	0,507	0,538
Falta de valía	AS, AE, D	0,407	0,464
Riesgo	S-EVE, D x DE	0,509	0,54
Protección	AS, AE, SP, AS x SP	0,401	0,455

De otro lado, los submodelos de falta de valía y de protección ofrecen explicaciones algo superiores al 45%, implicando un menor poder explicativo que los demás modelos.

Evaluación del poder explicativo de los modelos

Finalmente, en este apartado se presentan los resultados obtenidos con la aplicación del análisis de trayectorias (*path-analysis*) a los respectivos modelos y submodelos en tres momentos diferentes: en la propuesta teórica inicial, con la

inclusión de las relaciones de mediación y moderación (análisis jerárquico) y con un proceso exploratorio a través de análisis de trayectorias.

Modelo Incapacidad-Falta de valía

Submodelo de Incapacidad

Al analizar las vías causales propuestas en el submodelo inicial de Incapacidad (véase figura 23), se encuentra que sólo en el grupo de adultos todas las relaciones fueron significativas ($p < 0,001$); mientras que en los demás grupos (incluyendo la muestra total) se observó que la relación causal entre eventos vitales estresantes y solución de problemas no resultaba significativa. De igual manera, en los grupos de mujeres y de adolescencia tardía la relación entre razones para vivir e ideas suicidas tampoco resultó significativa (véase figura 23).

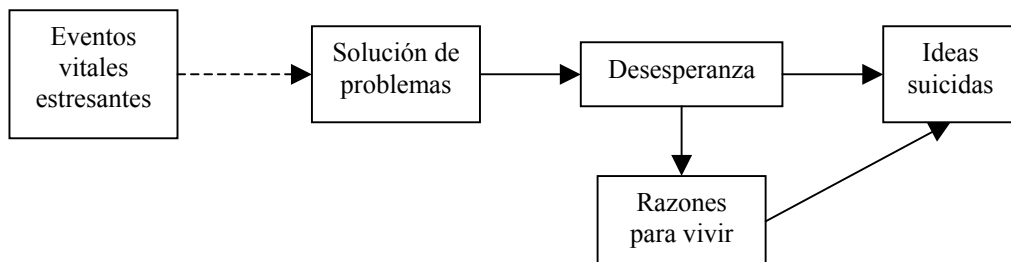


Figura 23. Relaciones significativas en el submodelo de Incapacidad, versión inicial¹

¹ Se representan con líneas continuas las relaciones significativas y con líneas discontinuas las no significativas.

Tabla 109. Índices de ajuste del submodelo de incapacidad inicial

	Total	Hombres	Mujeres	A. Tempr.	A. Media	A. Tardía	Adultos J.	Secundaria	Universit.
χ^2	241,207	130,083	117,267	63,693	79,642	51,894	67,958	154,446	95,433
P	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000
CMIN/gl	48,241	26,017	23,453	12,739	15,928	10,379	13,592	30,889	19,087
RMR	26,540	25,476	29,062	28,845	26,966	22,141	23,604	29,438	21,271
GFI	0,920	0,922	0,913	0,918	0,914	0,920	0,899	0,918	0,916
AGFI	0,761	0,766	0,740	0,753	0,742	0,759	0,697	0,754	0,748
PGFI	0,307	0,307	0,304	0,306	0,305	0,307	0,300	0,306	0,305
PNFI	0,223	0,231	0,223	0,215	0,252	0,295	0,189	0,232	0,208
RMSEA	0,198	0,194	0,204	0,195	0,201	0,191	0,216	0,199	0,199
Hoelter 0,05	56	57	52	54	52	56	44	54	53
Hoelter 0,01	76	78	70	74	71	76	60	74	72

Cuando se observan las estadísticas del análisis de trayectorias se encuentra que los valores del estadístico chi cuadrado son elevados y, por ende, altamente significativos, lo que demostraría que los modelos teórico y empírico tienen diferencias substanciales (véase tabla 109). Esto puede ratificarse con los estadísticos de bondad de ajuste, los cuales débiles, puesto que los valores del GFI oscilan entre 0,89 y 0,92; mientras que los del AGFI en ningún caso alcanzan el 0,77, indicando que el poder del modelo teórico de representar las asociaciones que se dan empíricamente entre las variables del submodelo es bajo. Además, las estadísticas basadas en los residuos (RMR y RMSEA) se alejan significativamente de cero, implicando que existe una amplia variabilidad de las asociaciones que no es explicada por las propuestas en el modelo. Finalmente, los valores del estadístico de Hoelter dan cuenta del bajo poder de generalización que tendría el modelo. Con estos datos se puede afirmar que el submodelo de incapacidad inicialmente propuesto tiene un limitado poder explicativo de las relaciones causales que darían origen a la ideación suicida.

A partir de los resultados del análisis de regresión jerárquica, se realizaron cambios a la estructura de relaciones formulada en el modelo, según los cuales la relación entre solución de problemas y desesperanza no es de mediación sino de moderación, sucediendo lo mismo con las razones para vivir. Finalmente se incluye una trayectoria causal entre los eventos vitales estresantes y la desesperanza (véase figura 24).

Cuando se revisan los coeficientes de determinación entre las variables del submodelo de incapacidad, se encuentra que prácticamente para todos los grupos las relaciones causales entre eventos vitales estresantes (de una parte) y la solución de problemas y la desesperanza (de la otra) no son significativas (véase figura 24).

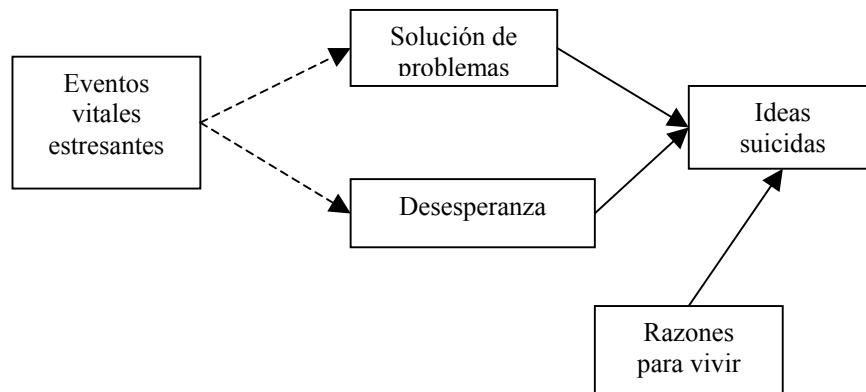


Figura 24. Relaciones significativas en el submodelo de incapacidad, luego del análisis de regresión jerárquica².

En este punto, llama la atención que para los grupos de adolescencia temprana y adolescencia tardía la única relación que es estadísticamente significativa es la existente entre desesperanza e ideas suicidas. Lo anterior implicaría que, tal como está propuesto el modelo, los eventos vitales estresantes no son un factor predictor indirecto de las ideas suicidas y que podría ser eliminado del submodelo de incapacidad.

Estos datos resultan coherentes con los índices estadísticos del modelo, pues se encuentra que para todos los grupos poblacionales, el valor del Chi cuadrado es significativamente alto (véase tabla 110), implicando con ello que el modelo estadístico se aleja considerablemente de lo hallado en los datos. De igual manera, los estadísticos de bondad de ajuste son bajos, pues el GFI varía entre 0,89 y 0,92; mientras que el AGFI está con valores entre 0,67 y 0,77, implicando con ello que el ajuste del modelo a los datos es muy pobre. Esto se reafirma con los estadísticos basados en los residuos (RMR y RMSEA) los cuales se alejan ostensiblemente del pretendido cero, indicando que hay una gran variabilidad de las asociaciones que no alcanza a ser representada por el modelo teórico. Finalmente, los valores del estadístico de Hoelter indican que el modelo, tal cual

² Se representan con líneas continuas las relaciones significativas y con líneas discontinuas las no significativas.

se postula, tiene una muy baja posibilidad de ser generalizado y adoptado como una explicación válida de las ideas de suicidio.

Finalmente, a partir del uso de los análisis de trayectorias (path analysis), se realizó un ejercicio exploratorio de modelación, en el cual se analizó la importancia de las posibles relaciones entre variables, con miras a hallar el mejor modelo posible que implique el sentido de la incapacidad. Es así como se llega a la propuesta representada en la figura 25, en la cual se asume que los eventos vitales estresantes tienen una relación causal tanto con la solución de problemas como con la desesperanza, pero no un efecto directo sobre las ideas suicidas. De otro lado, se asume que la solución de problemas tiene relaciones con la desesperanza y las razones para vivir; mientras que aquella se asocia con ésta. Finalmente estas tres variables tienen un efecto directo sobre las ideas de suicidio.

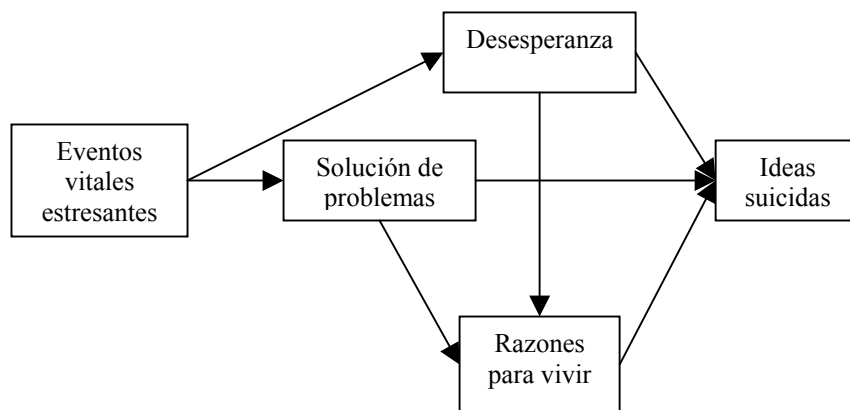


Figura 25. Relaciones significativas en el submodelo de incapacidad, desarrollado por análisis de trayectorias

Tabla 110. Índices de ajuste del modelo de incapacidad reformulado a partir del análisis de regresión jerárquica

	Total	Hombres	Mujeres	A. Tempr.	A. Media	A. Tardía	Adultos J.	Secundaria	Universit.
χ^2	348,610	181,602	169,399	96,983	125,767	60,014	78,528	238,894	116,510
P	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	370,003	0,898	0,693
CMIN/g1	69,72	36,320	33,880	19,397	25,153	12,003	15,706	47,779	23,302
RMR	44,563	42,145	46,907	45,005	57,270	27,683	45,609	50,426	37,003
GFI	0,885	0,891	0,875	0,874	0,864	0,907	0,883	0,873	0,898
AGFI	0,654	0,673	0,624	0,623	0,592	0,721	0,650	0,619	0,693
PGFI	0,295	0,297	0,292	0,291	0,288	0,302	0,294	0,291	00,299
PNFI	0,099	0,124	0,101	0,065	0,109	0,159	0,141	0,085	0,143
RMSEA	0,238	0,230	0,247	0,244	0,255	0,207	0,234	0,249	0,221
Hoelter 0,05	39	41	36	36	33	48	38	35	44
Hoelter 0,01	53	56	49	49	45	65	52	48	59

Al revisar los coeficientes de determinación de las diferentes relaciones causales propuestas para el modelo de incapacidad se observa que para la muestra total, los hombres, las mujeres, la adolescencia temprana y la secundaria, resultan estadísticamente significativas ($p < 0,001$). Sin embargo, en los adultos y en los universitarios la solución de problemas no se asocia con las razones para vivir; mientras que los eventos vitales estresantes no serían causa de la desesperanza (en la adolescencia media), ni de la solución de problemas (en la adolescencia tardía).

En comparación con los análisis previos, se observó que la asociación entre eventos vitales estresantes (de un lado) y la solución de problemas y la desesperanza (del otro) empiezan a ser significativas sólo si se asume que la solución de problemas es un agente causal de la desesperanza, las razones para vivir y las ideas de suicidio.

Al revisar las estadísticas del modelo hallado, se observa que los valores del Chi cuadrado dejan de ser significativos en los grupos de adolescencia tardía y adultos jóvenes, así como en universitarios (véase tabla 111). Esto implica que existe una importante cercanía entre el modelo teórico y las relaciones que existen entre las variables del submodelo de incapacidad. Igualmente, los índices de bondad de ajuste mejoran ostensiblemente, pues el GFI permanece por encima de 0,96 en todos los grupos; mientras que el AGFI alcanza valores superiores a 0,8, a excepción de los grupos de secundaria y adolescencia media, en los cuales su poder explicativo ya es menor. También, los estadísticos basados en los residuales han disminuido su valor (en comparación con los modelos previos), demostrando con ello que la variabilidad no explicada es mucho menor. Finalmente, los valores del estadístico de Hoelter permiten suponer que este modelo puede ser generalizado a la población, especialmente a los grupos de adultos jóvenes y universitarios, pero no a los adolescentes, ni a los estudiantes de secundaria.

Tabla 111. Índices de ajuste del modelo de incapacidad desarrollado por análisis de trayectorias

	Total	Hombres	Mujeres	A. Tempr.	A. Media	A. Tardía	Adultos J.	Secundaria	Universit.
χ^2	55,569	26,912	33,956	20,032	34,630	8,905	6,268	53,635	9,262
P	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,012	0,044	0,000	0,010
CMIN/gl	27,784	13,456	16,978	10,016	17,315	4,453	3,134	26,818	4,631
RMR	6,161	5,547	7,267	7,271	10,063	4,833	4,114	8,291	3,721
GFI	0,982	0,984	0,975	0,974	0,963	0,986	0,991	0,972	0,992
AGFI	0,862	0,879	0,812	0,806	0,719	0,896	0,930	0,786	0,939
PGFI	0,131	0,131	0,130	0,130	0,128	0,131	0,132	0,130	0,132
PNFI	0,174	0,178	0,168	0,164	0,157	0,180	0,189	0,163	0,189
RMSEA	0,149	0,137	0,172	0,171	0,210	0,116	0,089	0,185	0,089
Hoelter 0,05	131	149	96	93	65	174	258	85	295
Hoelter 0,01	201	229	147	143	99	267	396	130	453

Con lo anterior se comprueba que aunque el submodelo de Incapacidad ajustado con la técnica del análisis de trayectorias (path analysis) ofrece un mayor poder explicativo que las versiones anteriores, no representa una alternativa importante para la predicción de las ideas suicidas en los estudiantes adolescentes de la ciudad de San Juan de Pasto.

Submodelo de Falta de valía

Al probar el ajuste de la propuesta inicial del submodelo de falta de valía (véase figura 26) se encuentra que tanto en la muestra total como en los diferentes grupos poblacionales las relaciones de predicción resultaron significativas ($p < 0,001$), a excepción de los grupos de adolescencia media y tardía en los cuales las razones para vivir no presentaron un coeficiente de determinación significativo en su causalidad de la ideación suicida. Lo anterior implicaría que en estos grupos de edad (14 a 17 años) las razones para vivir no son una variable causal significativa de la ideación suicida, frente a la importancia que representa el esquema de falta de valía.

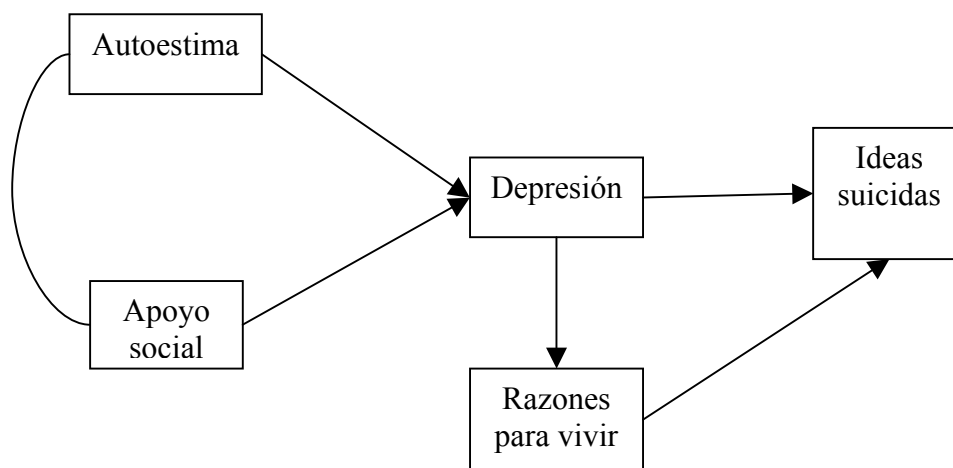


Figura 26. Relaciones significativas en el submodelo de Falta de valía, versión inicial

No obstante lo anterior, al revisar los índices del modelo a través de la muestra total y los diferentes grupos poblacionales se encuentra que el estadístico

chi cuadrado es significativo (véase tabla 112). De igual forma, los valores del GFI (índice de bondad de ajuste) oscilan entre 0,91 y 0,93; mientras que los del AGFI no llegan al 0,76. Esto implica que el modelo estadístico propuesto no alcanza a representar las relaciones causales que dan origen a las correlaciones halladas entre las variables del submodelo. De igual manera, las medidas residuales (RMR y RMSEA) se alejan significativamente de cero, lo cual implica que existe una gran variabilidad de los datos que no alcanza a ser explicada por el modelo. Finalmente, los índices de Hoelter permiten ver que el nivel que podría pretenderse con el modelo propuesto es bajo, lo cual resta validez explicativa al mismo.

En conclusión, se encuentra que el modelo teórico inicialmente propuesto para el esquema de falta de valía tiene una validez explicativa baja, por lo cual se requiere de su posterior revisión y ajuste.

A partir de los resultados de los análisis de regresión jerárquica, se vio la necesidad de incluir ciertos cambios al modelo. Principalmente, el ajuste implicó cambiar las relaciones causales del apoyo social y la autoestima sobre la depresión, para convertirlas en asociaciones de modulación (covarianza), así como en proponer relaciones directas desde el apoyo social y la autoestima hacia las ideas suicidas (véase figura 27).

Al probar la significación de los coeficientes de determinación de las diferentes variables, representados en las vías de causalidad, se encontró que sólo en la muestra total y en el grupo de hombres, tales valores fueron estadísticamente significativos en todos los casos. En los demás grupos se halló que las líneas causales eran muy débiles entre: a) apoyo social e ideas suicidas (mujeres, adolescencia temprana, adolescencia tardía, adultos y universitarios); b) autoestima y depresión (adolescencia media y tardía); c) razones para vivir e ideas suicidas (adolescencia media y tardía); así como entre apoyo social y autoestima (adolescencia tardía) o depresión (secundaria).

Tabla 112. Índices de ajuste del modelo de Falta de valía, inicial

	Total	Hombres	Mujeres	A. Tempr.	A. Media	A. Tardía	Adultos J.	Secundaria	Universit.
χ^2	222,488	109,577	111,392	58,513	81,487	42,735	56,516	150,986	80,187
P	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000
CMIN/gl	55,622	27,394	27,848	14,628	20,372	10,684	14,129	37,746	20,047
RMR	19,554	16,694	21,574	21,440	20,052	16,235	22,501	20,578	18,283
GFI	0,926	0,934	0,918	0,924	0,912	0,934	0,916	0,920	0,930
AGFI	0,724	0,754	0,691	0,716	0,670	0,752	0,685	0,699	0,736
PGFI	0,247	0,249	0,245	0,246	0,243	0,249	0,244	0,245	0,248
PNFI	0,202	0,224	0,185	0,180	0,199	0,234	0,198	0,191	0,221
RMSEA	0,213	0,199	0,223	0,210	0,229	0,194	0,221	0,221	0,205
Hoelter 0,05	52	58	47	51	44	58	46	48	54
Hoelter 0,01	73	81	65	71	61	81	64	67	76

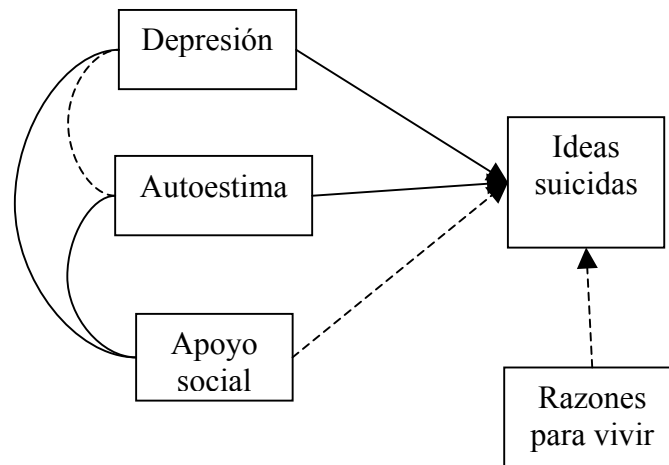


Figura 27. Relaciones significativas en el submodelo de Falta de valía, luego del análisis de regresión jerárquica³.

De igual forma, la inclusión de los ajustes al modelo inicial no representó una mejora en el poder explicativo del modelo. Ello implicó que los estadísticos chi cuadrado fueron significativos para todos los casos (véase tabla 113); es decir, se demuestra que el modelo ajustado tampoco es un buen descriptor de las relaciones causales que se dan al interior de las variables incluidas en el esquema de Falta de valía. En ese sentido, los índices de bondad de ajuste (GFI y AGFI) fueron muy discretos, lo que se complementa con los altos valores en las estadísticas de residuos (RMR y RMSEA) en los cuales se demuestra que existe una gran variabilidad de los datos que no puede ser reproducida por el modelo de análisis de trayectorias (path analysis). Consecuentemente, la posibilidad de generalización del modelo es muy baja, confirmando que no representa el comportamiento de las variables en la muestra de estudio.

Por último, al utilizar la modelización con análisis de trayectorias (path analysis) se formuló el modelo presentado en la figura 28, en el cual se plantea que existen relaciones de modulación entre la depresión, el apoyo social y la autoestima y que estas tres variables tienen un efecto directo sobre las razones para vivir.

³ Se representan con líneas continuas las relaciones significativas y con líneas discontinuas las no significativas.

Tabla 113. Índices de ajuste del modelo de Falta de valía reformulado a partir del análisis de regresión jerárquica

	Total	Hombres	Mujeres	A. Tempr.	A. Media	A. Tardía	Adultos J.	Secundaria	Universit.
χ^2	270,398	133,160	141,801	63,522	110,513	59,135	49,862	196,119	83,982
P	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000
CMIN/gl	90,133	44,387	47,267	21,174	36,838	19,712	16,621	65,373	27,994
RMR	35,174	31,669	40,168	29,467	43,688	33,609	35,624	37,582	32,923
GFI	0,911	0,920	0,895	0,918	0,881	0,908	0,926	0,896	0,926
AGFI	0,553	0,601	0,476	0,589	0,403	0,542	0,629	0,479	0,631
PGFI	0,182	0,184	0,179	0,184	0,176	0,182	0,185	0,179	0,185
PNFI	0,120	0,140	0,095	0,121	0,095	0,128	0,166	0,097	0,160
RMSEA	0,272	0,255	0,202	0,256	0,311	0,269	0,241	0,202	0,244
Hoelter 0,05	35	40	30	39	27	35	43	31	43
Hoelter 0,01	51	57	44	56	38	50	62	44	62

Finalmente, se propone que la depresión, la autoestima y las razones para vivir tienen también efectos directos sobre las ideas suicidas; mientras que el apoyo social sólo lo tiene a través de las razones para vivir.

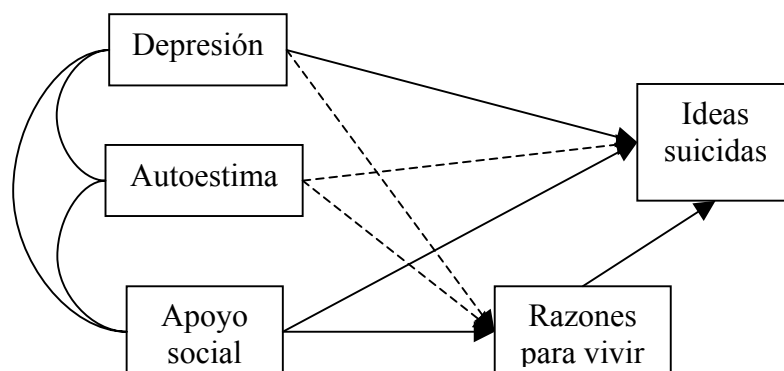


Figura 28. Relaciones significativas en el submodelo de Falta de valía, luego del análisis de trayectorias (path analysis)⁴.

Los coeficientes de determinación calculados resultaron estadísticamente significativos en la mayoría de los casos, destacándose la muestra total, los hombres, las mujeres y los estudiantes de secundaria en los cuales todas las relaciones causales fueron significativas. No obstante, se halló que la relación causal entre depresión y razones para vivir fue baja en la adolescencia media, la adolescencia tardía, la adultez y en los universitarios. También se hallaron asociaciones débiles entre autoestima y razones para vivir, en la adolescencia media y tardía, así como en adultos y en universitarios. Finalmente, la autoestima mostró una causalidad débil de las ideas suicidas en la adolescencia media y tardía (véase figura 29).

A pesar de lo anterior, al probar las bondades del modelo se encuentra que se logra un gran acercamiento entre el modelo estadístico y los datos empíricos en los grupos de adolescencia temprana, adolescencia tardía, adultos jóvenes y universitarios, tal como se ve con la significación de los estadísticos chi cuadrado (véase tabla 114).

⁴ Se representan con líneas continuas las relaciones significativas y con líneas discontinuas las no significativas.

Tabla 114. Índices de ajuste del modelo de Falta de valía desarrollado por análisis de trayectorias

	Total	Hombres	Mujeres	A. Tempr.	A. Media	A. Tardía	Adultos J.	Secundaria	Universit.
χ^2	29,974	16,776	13,272	7,437	22,295	2,123	3,866	28,058	4,475
P	0,000	0,000	0,000	0,006	0,000	0,145	0,049	0,000	0,034
CMIN/gl	29,974	16,776	13,272	7,437	22,295	2,123	3,866	28,058	4,475
RMR	2,806	2,761	2,828	3,207	4,167	1,456	1,905	3,551	1,615
GFI	0,990	0,990	0,990	0,990	0,976	0,997	0,994	0,985	0,996
AGFI	0,851	0,849	0,853	0,856	0,638	0,951	0,914	0,776	0,941
PGFI	0,066	0,066	0,066	0,066	0,065	0,066	0,066	0,066	0,066
PNFI	0,093	0,093	0,094	0,093	0,086	0,098	0,097	0,090	0,098
RMSEA	0,155	0,154	0,154	0,144	0,240	0,066	0,103	0,190	0,087
Hoelter 0,05	155	153	157	160	64	467	268	104	391
Hoelter 0,01	268	264	271	276	111	807	472	179	675

Los índices de bondad de ajuste superaron el 0,98 para el caso del GFI y el 0,85 en el caso del AGFI (con excepción de adolescencia media y secundaria), lo que implica que el modelo es una buena representación de las relaciones existentes entre las variables. Esto se comprueba también con los bajos índices de medidas residuales las cuales muestran un acercamiento al cero. Finalmente, los índices de Hoelter permiten suponer que el modelo tiene una buena posibilidad de generalizarse a la población, especialmente en los grupos de adultos jóvenes, universitarios y de la adolescencia tardía. En los demás grupos el ajuste es relativamente bueno, con excepción de la adolescencia media, en la cual el nivel de ajuste resulta significativamente bajo.

En resumen, se puede afirmar que el submodelo de Falta de valía, tal como se formula luego del análisis de trayectorias, podría llegar a ser una buena alternativa para la explicación de las relaciones causales que expliquen a las ideas suicidas.

Modelo integrado

La integración de los submodelos de incapacidad y falta de valía en un solo modelo, tal como se formuló inicialmente, fue probada a través del análisis de trayectorias (path analysis). Así pues, al analizarse las relaciones causales representadas en el modelo esquematizado en la figura 29, se encuentra que la mayoría de las asociaciones propuestas no son significativas ($p < 0,001$) para todos los grupos, incluida la muestra total, a excepción de las relaciones entre desesperanza, razones para vivir e ideas suicidas.

En consonancia con lo anterior, se halló que el nivel de ajuste de los datos es pobre, ya que los valores del estadístico chi cuadrado son muy altos y estadísticamente significativos (véase tabla 115), lo cual implica que existen diferencias claras entre el modelo estadístico y las relaciones establecidas entre las variables. A esto se suma el hecho de que las estadísticas de bondad de ajuste resultan muy bajas, pues el GFI en ningún caso supera el 0,89; mientras que el

AGFI oscila entre 0,75 y 0,79. Adicionalmente, los estadísticos basados en residuos (RMR y RMSEA) se alejan significativamente de cero indicando que existe una gran variabilidad en los datos que no puede ser representada adecuadamente por la estructura de covarianzas propuesta. Finalmente, los índices de Hoelter indican que el nivel de generalización que puede pretenderse del modelo resulta limitado, pues los valores son muy bajos.

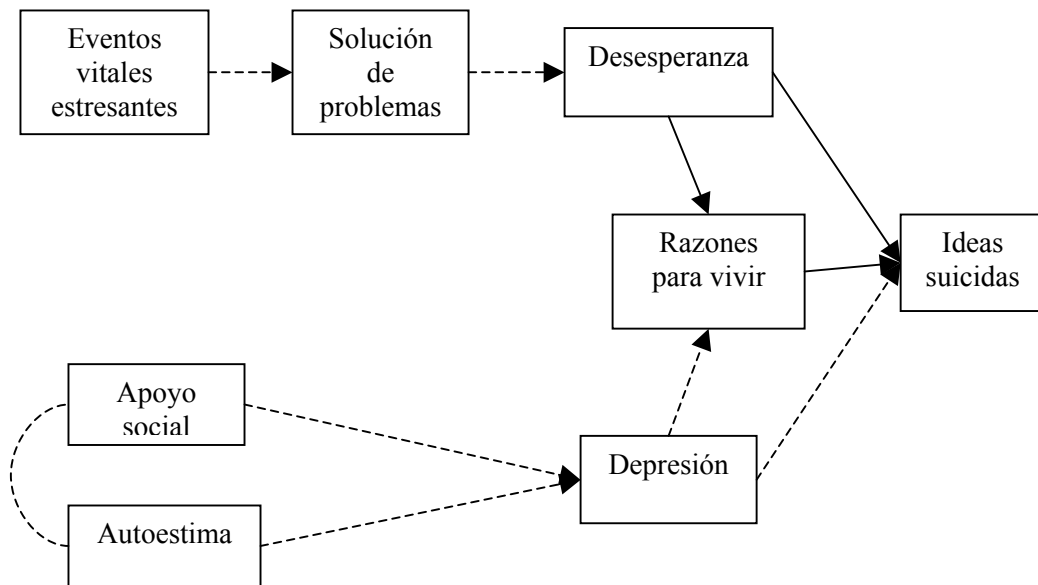


Figura 29. Relaciones significativas en el modelo de incapacidad-falta de valía, versión inicial⁵

En un segundo momento del análisis, se incluyeron los ajustes propuestos desde los análisis de regresión jerárquica de cada uno de los submodelos, comentados anteriormente (véase figura 30).

⁵ Se representan con líneas continuas las relaciones significativas y con líneas discontinuas las no significativas.

Tabla 115. Índices de ajuste del modelo de incapacidad-Falta de valía inicial

	Total	Hombres	Mujeres	A. Tempr.	A. Media	A. Tardía	Adultos J.	Secundaria	Universit.
χ^2	503,467	277,090	241,080	131,313	180,882	112,335	124,923	324,156	194,882
P	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000
CMIN/gl	27,970	15,394	13,393	7,295	10,049	6,241	6,940	18,009	10,827
RMR	45,617	44,352	47,124	42,076	51,611	37,980	52,450	46,841	44,461
GFI	0,896	0,896	0,889	0,894	0,878	0,891	0,884	0,892	0,893
AGFI	0,792	0,792	0,777	0,788	0,756	0,782	0,768	0,785	0,786
PGFI	0,448	0,448	0,444	0,447	0,439	0,446	0,442	0,446	0,446
PNFI	0,110	0,119	0,138	0,109	0,127	0,153	0,135	0,105	0,143
RMSEA	0,149	0,147	0,151	0,143	0,156	0,143	0,149	0,150	0,147
Hoelter 0,05	70	70	65	68	60	67	63	68	68
Hoelter 0,01	84	84	79	82	72	80	75	81	82

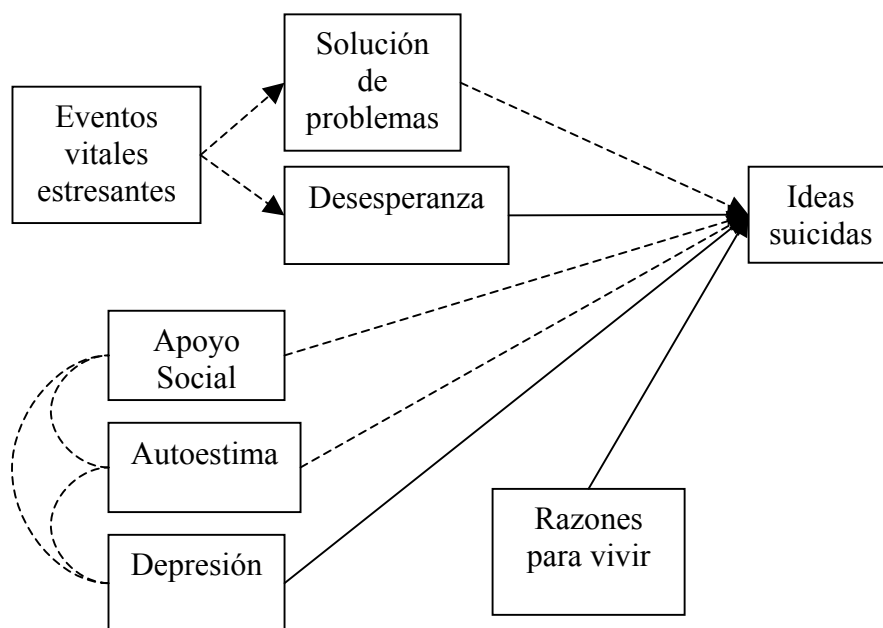


Figura 30. Relaciones significativas en el modelo de incapacidad-falta de valía, luego del análisis de regresión jerárquica⁶.

En este caso, se halló que los coeficientes de determinación de la mayoría de las relaciones causales propuestas no fueron significativos en casi todos los grupos, incluida la muestra total. En general, la relación que se mantuvo a través de los análisis fue la existente entre desesperanza e ideas suicidas, seguida por las relaciones entre depresión y razones para vivir (de una parte) y las ideas suicidas (de la otra).

De igual manera, la inclusión de los ajustes propuestos desde los resultados de la regresión jerárquica no representaron un mejoramiento de los índices estadísticos del modelo de trayectorias. Así pues, en todos los casos el chi cuadrado resultó estadísticamente significativo ($p < 0,001$), implicando que hay diferencias entre el modelo teórico y los datos empíricos (véase tabla 116). Adicionalmente, los índices de bondad de ajuste permanecieron siendo muy discretos ($GFI < 0,89$ y $AGFI < 0,78$), así como los índices basados en los residuos (RMR y RMSEA) se alejaron significativamente de cero, demostrando que existe

⁶ Se representan con líneas continuas las relaciones significativas y con líneas discontinuas las no significativas.

una gran variabilidad de las relaciones halladas en los datos que no puede ser representada por el modelo de covarianzas. Finalmente, el nivel de generalización que se alcanzaría con estos datos sería muy discreto, tal como lo muestran los valores del estadístico de Hoelter.

De acuerdo con los objetivos de la investigación y dado que no se halló un modelo de buen ajuste, se realizó el modelamiento por medio del análisis de trayectorias (path analysis), basados en los resultados parciales obtenidos para los submodelos y descritos anteriormente.

Sin embargo, se halló que muchos coeficientes de determinación no eran estadísticamente significativos, por lo cual se fueron retirando uno a uno de manera sistemática. No obstante, el mantener la estructura básica del modelo de Incapacidad-Falta de valía no representó un mejoramiento de las estadísticas de ajuste, razón por la cual se continuó eliminando relaciones no significativas.

Finalmente, el modelo con mayor ajuste se simplifica significativamente (véase figura 31), quedando reducido a los efectos directos de la solución de problemas, la desesperanza y las razones para vivir, así como las relaciones de modulación entre la solución de problemas y la desesperanza, y entre ésta y las razones para vivir. Lo anterior implicaría que el valor explicativo del modelo de falta de valía se pierde cuando se incluyen los elementos del modelo de incapacidad; es decir, que es sólo ante la ausencia de la solución de problemas y la presencia de la desesperanza, que la propuesta del modelo de falta de valía podría tener algún valor explicativo, de lo contrario no.

Los estadísticos de ajuste de este modelo final indican que las relaciones propuestas desde el modelo teórico representan las halladas en los datos empíricos, en los grupos de la adolescencia tardía, los adultos jóvenes y los universitarios, en los cuales el estadístico chi cuadrado no resultó estadísticamente significativo.

Tabla 116. Índices de ajuste del modelo de incapacidad-Falta de valía reformulado a partir del análisis de regresión jerárquica

	Total	Hombres	Mujeres	A. Tempr.	A. Media	A. Tardía	Adultos J.	Secundaria	Universit.
χ^2	509,065	274,439	244,769	132,749	167,259	113,289	134,47417	314,420	204,378
P	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000
CMIN/gl	29,945	16,143	14,398	7,809	9,839	6,664	7,910	18,495	12,022
RMR	45,652	44,620	46,658	42,730	52,164	37,413	52,201	47,232	44,143
GFI	0,895	0,897	0,887	0,893	0,887	0,890	0,875	0,896	0,888
AGFI	0,777	0,782	0,760	0,773	0,761	0,768	0,735	0,779	0,762
PGFI	0,423	0,424	0,419	0,422	0,419	0,420	0,413	0,423	0,419
PNFI	0,098	0,117	,123	0,098	0,157	0,141	0,091	0,115	0,112
RMSEA	0,155	0,151	,157	0,148	0,155	0,148	0,160	0,152	0,156
Hoelter 0,05	66	68	61	65	62	63	56	67	62
Hoelter 0,01	80	82	74	78	74	77	67	81	75

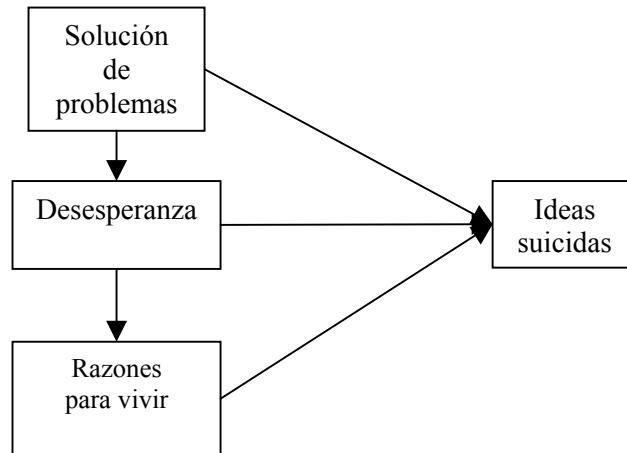


Figura 31. Relaciones del modelo de incapacidad-falta de valía, luego de la exploración con el análisis de trayectorias.

De otro lado los índices de bondad de ajuste fueron relativamente altos, pues el GFI osciló entre 0,96 y 0,99, aunque que el AGFI presentó valores muy diversos que variaron entre 0,69 y 0,97 (véase tabla 117). A la luz de estos dos indicadores, además de los grupos anteriormente nombrados, el modelo presenta un buen ajuste para la muestra total y para los hombres. También las estadísticas de ajuste basadas en los residuos presentaron una disminución significativa de sus valores, acercándose ligeramente al cero. En consonancia con lo anterior, los datos del estadístico de Hoelter permiten afirmar que el modelo hallado podría tener un importante valor explicativo en el grupo de adultos jóvenes y de universitarios, pero sería limitado para los demás grupos.

Por lo anterior, se puede concluir que la integración entre los esquemas de falta de valía y de incapacidad no representan una buena alternativa en la explicación de la presencia e intensidad de las ideas suicidas en los estudiantes de la ciudad de San Juan de Pasto.

Tabla 117. Índices de ajuste del modelo de incapacidad-Falta de valía desarrollado por análisis de trayectorias

	Total	Hombres	Mujeres	A. Tempr.	A. Media	A. Tardía	Adultos J.	Secundaria	Universit.
χ^2	39,484	16,033	26,323	19,261	14,558	11,623	1,309	36,471	7,037
P	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	00,001*	00,253*	0,000	0,008*
CMIN/gl	39,484	16,033	26,323	19,261	14,558	11,623	1,309	36,471	7,037
RMR	7,320	6,570	8,433	11,214	6,898	8,331	3,060	8,583	5,231
GFI	0,984*	0,988*	0,976	0,969	0,980*	0,977	0,998*	0,976	0,992*
AGFI	0,837	0,880	0,757	0,688	0,803	0,775	0,976	0,758	0,923
PGFI	0,098	0,099	0,098	0,097	0,098	0,098	0,100	0,098	0,099
PNFI	0,151	0,155	0,144	0,136	0,149	0,141	0,165	0,144	0,159
RMSEA	0,178	0,150	0,216	0,143	0,191	0,203	0,034	0,217	0,115
Hoelter 0,05	118	160	79	62	98	86	790	80	249
Hoelter 0,01	204	277	137	107	169	148	1364	137	430

Modelo Factores de Riesgo – Protección

Submodelo de Riesgo

El submodelo de riesgo supone la presencia de una serie de relaciones mediacionales entre eventos vitales estresantes, depresión, desesperanza e ideas de suicidio y que las razones para vivir son una variable que ofrece un aporte adicional a la explicación de la variabilidad de ésta última (véase figura 32).

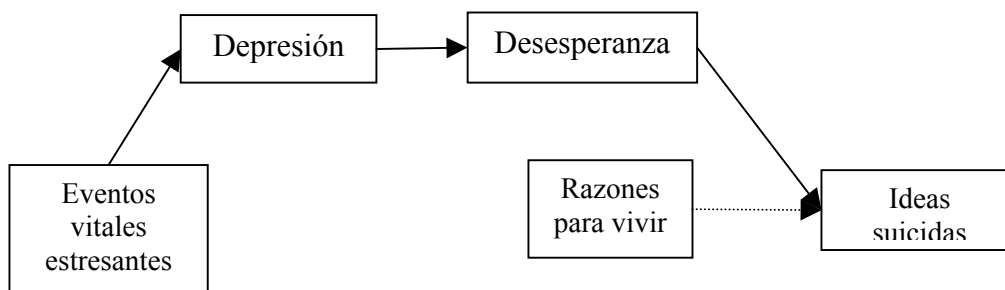


Figura 32. Relaciones significativas en el submodelo de riesgo, versión inicial⁷.

Cuando se revisan los coeficientes de determinación para cada una de las relaciones propuestas se encuentra que en la muestra total, los hombres y los universitarios, todos ellos son estadísticamente significativos ($p < 0,001$). Por su parte las razones para vivir no son un buen predictor de las ideas de suicidio en los subgrupos de mujeres, adolescencia temprana, media y tardía, en adultos y en secundaria; es decir que ante las demás asociaciones, el efecto causal de las razones para vivir sobre las ideas suicidas se torna débil en estos grupos. Lo mismo sucede para la relación entre depresión y desesperanza (en adolescencia media) y entre eventos vitales y depresión (en adolescencia tardía) (véase figura 32).

De otro lado, al revisar los índices estadísticos del modelo de trayectorias (path analysis) se encuentra que tanto en la muestra total como en los diferentes

⁷ Se representan con líneas continuas las relaciones significativas y con líneas discontinuas las no significativas.

grupos poblacionales, el estadístico chi cuadrado es altamente significativo (véase tabla 118, lo cual implica que el modelo estadístico no se acerca a la estructura de covarianzas hallada empíricamente. Esto se reafirma con los estadísticos de bondad de ajuste, pues el GFI oscila entre 0,83 y 0,88; mientras que el AGFI no supera el 70% en ninguno de los grupos. Por su parte, los estadísticos basados en los residuales (RMR y RMSEA) tienen valores que se alejan significativamente del cero esperado, demostrando con ello que hay una gran variación en la estructura de relaciones entre las variables que no puede ser predicha adecuadamente por el modelo de covarianzas propuesto. Consecuentemente, el poder de generalización que puede llegar a tener este modelo es muy limitado, tal como se hace evidente en los valores del estadístico de Hoelter.

Ante estos resultados se debe afirmar que el submodelo inicial de factores de riesgo no es una buena alternativa a la hora de predecir las relaciones causales que subyacen a la presencia de las ideas suicidas en los estudiantes de la ciudad de San Juan de Pasto.

En esta nueva propuesta, se encuentra que para todos los grupos, incluso para la muestra total, la relación entre eventos vitales estresantes y desesperanza no es estadísticamente significativa ($p > 0,001$). Igualmente, la relación entre eventos vitales y razones para vivir no lo es para los grupos de hombres, adolescencia temprana, adolescencia tardía y adultos, así como los universitarios. El resto de asociaciones propuestas resultan válidas (véase figura 33).

Tabla 118. Índices de ajuste del submodelo de Factores de Riesgo inicial

	Total	Hombres	Mujeres	A. Tempr.	A. Media	A. Tardía	Adultos J.	Secundaria	Universit.
χ^2	363,962	171,373	193,366	90,758	151,337	75,615	80,712	257,016	128,215
P	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000
CMIN/gl	60,660	28,562	32,228	15,126	25,223	12,602	13,452	42,836	21,369
RMR	40,182	36,533	44,366	36,354	54,437	30,959	40,757	45,134	34,873
GFI	0,880	0,897	0,857	0,883	0,836	0,883	0,880	0,863	0,887
AGFI	0,699	0,743	0,643	0,706	0,591	0,707	0,700	0,659	0,718
PGFI	0,352	0,359	0,343	0,353	0,335	0,353	0,352	0,345	0,355
PNFI	0,155	0,228	0,105	0,201	0,095	0,102	0,187	0,126	0,169
RMSEA	0,222	0,203	0,240	0,214	0,256	0,212	0,215	0,236	0,212
Hoelter 0,05	42	50	36	43	31	43	42	37	45
Hoelter 0,01	56	66	48	58	42	58	57	50	60

Al revisar las estadísticas de ajuste del modelo se encuentra que para los grupos de mujeres, adolescencia temprana, adolescencia tardía, adultos jóvenes y universitarios, los valores del chi cuadrado son bajos, por lo cual no son estadísticamente significativos ($p < 0,001$). Ello implicaría que en estos grupos, el modelo propuesto representa unas asociaciones que están muy cercanas a las encontradas en los datos empíricos (véase tabla 119). De igual manera, los índices de bondad de ajuste se encuentran en niveles importantes, ya que el GFI varía entre 0,98 y 0,99, así como el AGFI tiene valores entre 0,86 y 0,96, con lo cual se demuestra que se alcanza una buena evidencia de validez de las relaciones causales propuestas en el modelo. Por otro lado, las diferencias entre el modelo propuesto y las relaciones halladas en los datos disminuyen considerablemente, acercándose relativamente al cero, con lo cual se deduce que se cuenta con un buen modelo explicativo de las ideas suicidas. Finalmente, los valores de los estadísticos de Hoelter hacen que el modelo pueda ser generalizado a los diferentes subgrupos poblacionales implicados en el estudio. No obstante lo anterior, el poder de generalización del modelo no es bueno para el grupo de adolescencia media, en los cuales no se alcanzan los 200 casos mínimos exigidos.

Estos datos implican que el modelo de factores de riesgo, tal como se propone luego del análisis de regresión jerárquica es una buena alternativa para explicar la presencia de las ideas suicidas en los estudiantes de colegios y universidades de la ciudad de San Juan de Pasto.

Siguiendo con los objetivos del trabajo, se llevó a cabo el desarrollo de un modelo predictivo de las ideas suicidas, a través del uso de análisis de trayectorias (path analysis). El modelo con mejor ajuste se presenta en la figura 34, en la cual se muestra que los eventos vitales estresantes son una variable causal de la depresión y de las razones para vivir, las cuales, unidas a la desesperanza son las únicas que tienen un efecto directo sobre las ideas suicidas. Finalmente, se propone que la depresión tiene una relación causal con la desesperanza y que ésta, a su vez, tiene el mismo efecto sobre las razones para vivir.

Tabla 119. Índices de ajuste del submodelo de Factores de Riesgo reformulado a partir del análisis de regresión jerárquica

	Total	Hombres	Mujeres	A. Tempr.	A. Media	A. Tardía	Adultos J.	Secundaria	Universit.
χ^2	30,220	25,008	11,506	13,780	17,166	10,815	1,087	24,273	4,786
P	0,000	0,000	0,003	0,001	0,000	0,004	0,581	0,000	0,091
CMIN/gl	15,110	12,504	5,753	6,890	8,583	5,408	,543	12,137	2,393
RMR	3,141	3,739	2,806	4,246	4,485	4,696	1,076	3,235	2,284
GFI	0,990	0,985	0,991	0,982	0,981	0,983	0,998	0,987	0,996
AGFI	0,925	0,888	0,936	0,866	0,861	0,874	0,988	0,903	0,968
PGFI	0,132	0,131	0,132	0,131	0,131	0,131	0,133	0,132	0,133
PNFI	0,188	0,182	0,190	0,180	0,181	0,176	0,198	0,185	0,195
RMSEA	0,108	0,131	0,194	0,188	0,143	0,131	0,000	0,122	0,055
Hoelter 0,05	240	160	282	135	130	143	1484	186	570
Hoelter 0,01	369	246	434	207	199	220	2280	286	876

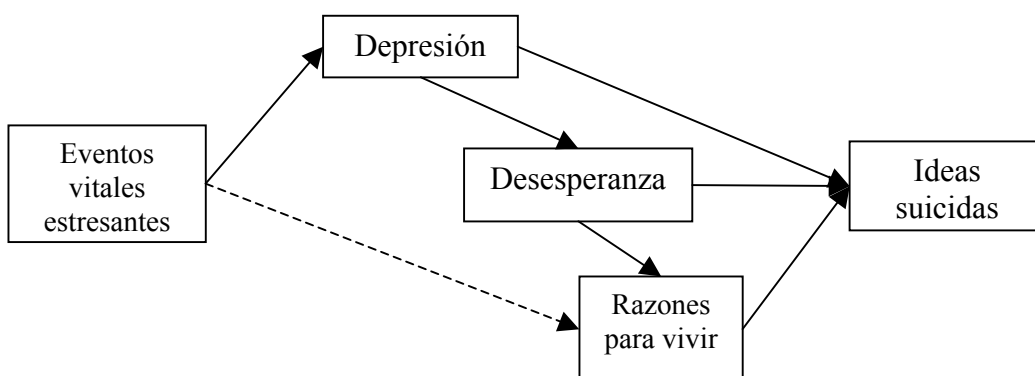


Figura 34. Relaciones significativas en el submodelo de riesgo, luego del análisis de regresión jerárquica⁸.

Al revisar los coeficientes de determinación entre las variables implicadas en el submodelo de factores de riesgo se observa que todos son estadísticamente significativos ($p < 0,001$) en la muestra total y en los grupos de hombres, mujeres, adolescencia media y secundaria. Por su parte, en los demás grupos, la única relación que no resultó significativa fue la propuesta entre eventos vitales y razones para vivir; es decir, que para el caso de la adolescencia temprana y tardía, así como los adultos y los universitarios, los eventos vitales estresantes no tienen un efecto causal sobre las razones para vivir, y por ende, no deberían incluirse en el modelo explicativo de las ideas suicidas (véase figura 34).

Al revisar las estadísticas del modelo de análisis de trayectorias se encuentra que el chi cuadrado sólo resultó significativo para la muestra total y para los grupos de hombres y de estudiantes de secundaria; mientras que no lo fue para los demás grupos (véase tabla 120). Ello implica que el modelo estadístico logra una importante cercanía a la estructura de covarianzas hallada para estos grupos. Esto se ve reflejado en los índices de bondad de ajuste, dentro de los cuales se halla que el GFI estuvo entre 0,97 y 0,99, así como el AGFI que varió entre 0,90 y 0,95, con excepción del grupo de adolescencia tardía en los cuales se obtuvo un valor de 0,88. Por su parte, los índices basados en los residuos (RMR y

⁸ Se representan con líneas continuas las relaciones significativas y con líneas discontinuas las no significativas.

RMSEA) tuvieron acercamientos significativos a cero, con lo cual se demostraría que hay muy pocas variaciones de los datos que no puedan ser explicadas por el modelo teórico. Finalmente, los valores del estadístico de Hoelter permiten ver que el modelo puede ser generalizado a la población de estudio, con excepción de la adolescencia tardía, en la cual no se alcanzó el nivel requerido para ello ($n > 200$).

De acuerdo con lo anterior, se puede afirmar que el submodelo de factores de riesgo, reformulado a partir del análisis de trayectorias, representa una buena alternativa para explicar las relaciones causales que dan lugar a las ideas suicidas en la población de estudiantes de colegios y universidades de la ciudad de San Juan de Pasto.

Submodelo de Protección

El submodelo de protección, implicaba una relación de moderación entre apoyo social y autoestima, las cuales tenían un efecto directo sobre las solución de problemas, la que junto con las razones para vivir, serían las únicas con efecto directo sobre las ideas suicidas. Por su parte, la solución de problemas presentaría un efecto directo sobre las razones para vivir (ver figura 35).

Esta propuesta teórica se probó a través de un análisis de trayectorias (path analysis), en el cual se demostró que en todos los grupos (incluida la muestra total) todas las relaciones planteadas eran estadísticamente significativas ($p > 0,001$), con excepción de la adolescencia tardía en la cual las razones para vivir no tuvieron un efecto directo estadísticamente significativo sobre las ideas suicidas. Esto implica que tal como fue formulado inicialmente el submodelo de factores de riesgo, se hallarían relaciones estadísticamente significativas entre las variables que lo componen (véase figura 35).

Tabla 120. Índices de ajuste del submodelo de Factores de Riesgo desarrollado por análisis de trayectorias

	Total	Hombres	Mujeres	A. Tempr.	A. Media	A. Tardía	Adultos J.	Secundaria	Universit.
χ^2	39,545	29,299	14,274	15,417	17,168	15,019	9,880	25,500	17,277
P	0,000	0,000	0,003	0,001	0,001	0,002	0,020	0,000	0,001
CMIN/gl	13,182	9,766	4,758	5,139	5,723	5,006	3,293	8,500	5,759
RMR	4,185	4,549	3,468	5,600	4,473	5,080	6,248	3,532	5,086
GFI	0,987	0,982	0,989	0,980	0,981	0,977	0,985	0,986	0,985
AGFI	0,935	0,912	0,947	0,900	0,907	0,884	0,927	0,932	0,924
PGFI	0,197	0,196	0,198	0,196	0,196	0,195	0,197	0,197	0,197
PNFI	0,276	0,268	,282	0,266	0,271	0,250	0,275	0,276	0,271
RMSEA	0,100	0,115	0,083	0,116	0,113	0,125	0,092	0,100	0,102
Hoelter 0,05	239	178	297	157	169	135	213	231	206
Hoelter 0,01	347	259	470	228	245	195	309	336	299

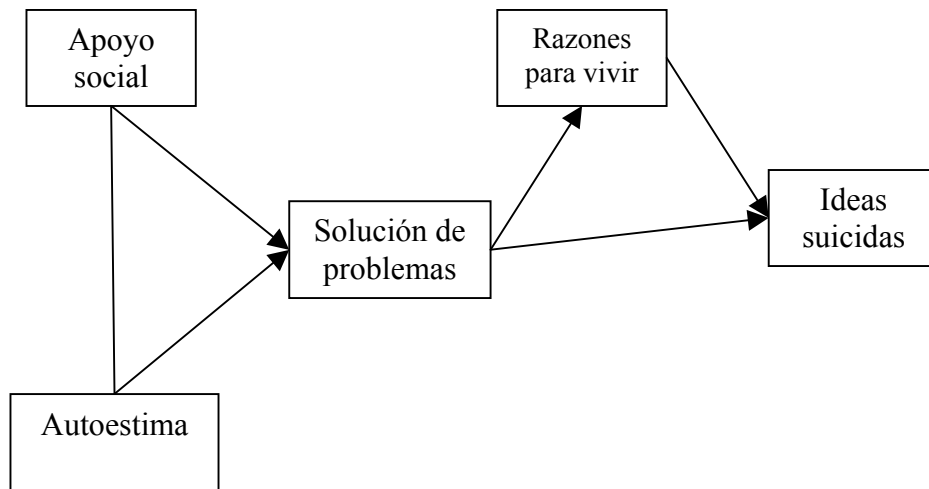


Figura 35. Relaciones significativas en el submodelo de protección, versión inicial.

No obstante lo anterior, los análisis estadísticos del modelo permiten afirmar que no sería una buena alternativa a la hora de explicar las relaciones existentes entre las variables que lo componen. Es así como el estadístico chi cuadrado es significativo en todos los casos (véase tabla 121), lo cual implica que hay diferencias significativas entre lo propuesto en el modelo y lo hallado en los datos empíricos. De la misma manera, los índices de bondad de ajuste GFI y AGFI tienen valores discretos, pues en el primer caso están por el orden de 0,92; mientras que en el segundo están entre 0,67 y 0,72. Igualmente, los estadísticos basados en los residuos muestran un alejamiento considerable del cero esperado, razón por lo cual se puede afirmar que hay una variabilidad importante entre lo predicho y lo observado, a nivel de las relaciones predictivas de la ideación suicida. En coherencia con lo anterior, los valores del estadístico de Hoelter resultan discretos afectando el poder de generalización en la población que tendría el modelo.

Tabla 121. Índices de ajuste del submodelo de Factores de Protección inicial

	Total	Hombres	Mujeres	A. Tempr.	A. Media	A. Tardía	Adultos J.	Secundaria	Universit.
χ^2	235,010	121,648	117,320	56,183	80,724	55,856	53,336	155,567	84,191
P	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000
CMIN/gl	58,753	30,412	29,330	14,046	20,181	13,964	13,334	38,892	21,048
RMR	21,085	19,283	23,569	19,964	21,114	23,508	21,670	21,685	20,458
GFI	0,922	0,927	0,913	0,927	0,913	0,913	0,921	0,917	0,926
AGFI	0,708	0,726	0,675	0,727	0,673	0,675	0,703	0,690	0,722
PGFI	0,246	0,247	0,244	0,247	0,243	0,244	0,246	0,245	0,247
PNFI	0,187	0,206	0,167	0,186	0,183	0,154	0,221	0,174	0,211
RMSEA	0,219	0,210	0,229	0,205	0,228	0,224	0,214	0,224	0,210
Hoelter 0,05	49	53	44	53	44	44	48	46	52
Hoelter 0,01	69	73	62	74	61	62	67	65	72

Luego del análisis de regresión jerárquica, se vio la necesidad de realizar ciertos ajustes al submodelo de protección, los cuales se hacen evidentes en la figura 36. En resumen el nuevo modelo establece que el apoyo social y la autoestima están correlacionados y que establecen relaciones causales con la solución de problemas, las razones para vivir y las ideas suicidas. El modelo también asume la independencia entre solución de problemas y razones para vivir, las cuales a su vez tienen efectos directos sobre las ideas suicidas.

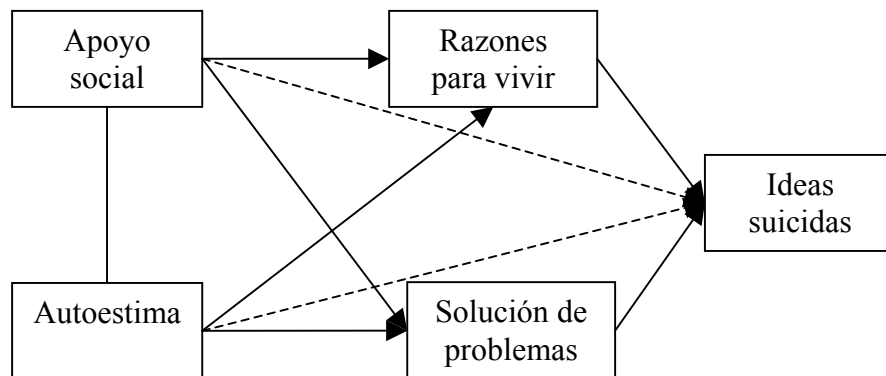


Figura 36. Relaciones significativas en el submodelo de protección, luego del análisis de regresión jerárquica⁹.

Al probar este modelo en un análisis de trayectorias (path analysis) se encuentra que los coeficientes de determinación de las relaciones propuestas fueron significativos en su totalidad, sólo para la muestra total, así como para los hombres y los estudiantes de secundaria. Por su parte, las relaciones directas entre apoyo social e ideas suicidas no son significativas para los grupos de adolescencia temprana, adultos y universitarios; mientras que la existente entre autoestima e ideas suicidas no lo fue para mujeres, y adolescencia media y tardía (ver figura 36).

De igual forma, se calcularon los estadísticos de ajuste del modelo hallándose que para el caso de los hombres, de la adolescencia tardía, la edad

⁹ Se representan con líneas continuas las relaciones significativas y con líneas discontinuas las no significativas.

adulto joven y los estudiantes universitarios, el valor del chi cuadrado fue pequeño y, por ende, no fue estadísticamente significativo (véase tabla 122), lo cual implica que hay una gran proximidad entre las relaciones predichas por el modelo y las encontradas en los datos obtenidos. Igualmente, los índices de bondad de ajuste se incrementaron significativamente, pues ahora el GFI tiene valores que van desde 0,97 hasta 0,99; mientras que el AGFI oscila entre 0,84 y 0,95, a excepción de los grupos de mujeres, adolescencia temprana y media y estudiantes de secundaria donde los valores fueron menores de 0,78. También los estadísticos basados en el análisis de residuos (RMR y RMSEA) permiten afirmar que hay una alta variabilidad de las relaciones entre las variables que puede ser explicada por el modelo. Finalmente, el modelo tiene una gran posibilidad de ser generalizado a los grupos poblacionales participantes en el estudio, salvo a los previamente identificados en los cuales tampoco se alcanzó el nivel mínimo de casos requerido ($n > 200$). Llama la atención las estadísticas del grupo de adultos jóvenes, pues se encuentra en ellos un alto ajuste, poco error y una muy alta posibilidad de generalización del modelo.

En resumen, se puede afirmar que el submodelo de factores de protección es una importante propuesta explicativa de las ideas suicidas en los estudiantes de colegios y universidades de la ciudad de San Juan de Pasto.

Finalmente, se llevó a cabo el procedimiento exploratorio de análisis de trayectorias (path analysis) con miras a identificar un modelo con un mejor ajuste, sin que se pudiesen mejorar los índices que presenta el modelo previamente descrito.

Tabla 122. Índices de ajuste del submodelo de Factores de Protección reformulado a partir del análisis de regresión jerárquica

	Total	Hombres	Mujeres	A. Tempr.	A. Media	A. Tardía	Adultos J.	Secundaria	Universit.
χ^2	31,290	10,898	24,277	22,370	14,055	3,861	,383	37,586	3,308
P	0,000	0,001	0,000	0,000	0,000	0,049	0,536	0,000	0,069
CMIN/gl	31,290	10,898	24,277	22,370	14,055	3,861	,383	37,586	3,308
RMR	5,129	4,186	6,580	10,719	5,687	3,039	1,276	7,393	2,660
GFI	0,990	0,993	0,982	0,971	0,985	0,994	0,999	0,980	0,997
AGFI	0,845	0,902	0,731	0,566	0,772	0,910	0,991	0,701	0,956
PGFI	0,066	0,066	0,065	0,065	0,066	0,066	0,067	0,065	0,066
PNFI	0,093	0,196	0,088	0,079	0,091	0,096	0,100	0,086	0,098
RMSEA	0,158	0,122	0,207	0,263	0,188	0,105	0,000	0,220	0,071
Hoelter 0,05	149	236	86	54	102	257	2696	77	529
Hoelter 0,01	257	407	148	92	175	444	4656	133	913

Modelo integrado

Para terminar, se llevó a cabo el análisis de trayectoria (path analysis) de los modelos que integraban tanto a factores de riesgo como de protección en la predicción de las ideas suicidas. Así pues, se hizo el análisis del modelo inicialmente propuesto hallándose que la mayoría de las relaciones no resultan estadísticamente significativas. En resumen, se puede comentar que solamente las siguientes relaciones se mantuvieron significativas en la mayoría de los grupos poblacionales: a) eventos vitales estresantes y depresión, b) desesperanza y razones para vivir, c) desesperanza e ideas suicidas y d) autoestima y solución de problemas (véase la figura 37). Llama la atención que con la integración de los dos submodelos, el de factores de protección prácticamente desaparece; mientras que la única variable que sigue siendo predictor directo de las ideas suicidas es la desesperanza.

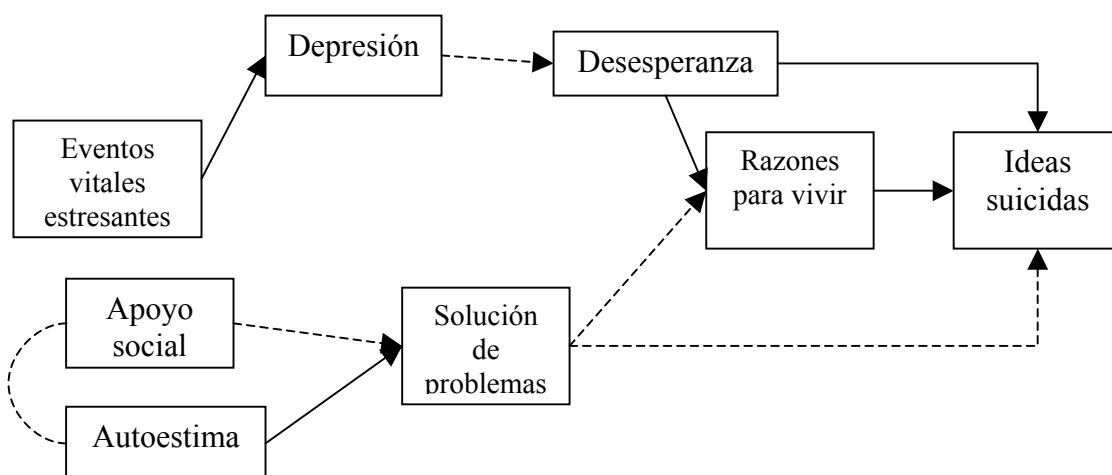


Figura 37. Relaciones significativas en el modelo integrado de factores de riesgo y protección, versión inicial¹⁰.

Al revisar los estadísticos calculados para este modelo se observa que en todos los casos el chi cuadrado es significativo (véase tabla 123), implicando con ello que hay diferencias sustanciales entre el modelo teórico y las relaciones

¹⁰ Se representan con líneas continuas las relaciones significativas y con líneas discontinuas las no significativas.

obtenidas en los datos empíricos. Ello se reafirma cuando se observan los índices de bondad de ajuste, pues el GFI no supera al 0,88; mientras que el AGFI oscila entre 0,65 y 0,73, indicando un pobre ajuste del modelo. Consecuente con ello, las estadísticas basadas en los residuos (RMR y RMSEA) son significativamente altas, alejándose del cero ideal. Finalmente, los valores del estadístico de Hoelter permiten observar que el nivel de generalización que podría lograrse con el modelo es prácticamente nulo.

Por estas razones, se puede afirmar que el modelo que integra simultáneamente a los factores protectores y de riesgo, tal como se formula en la propuesta inicial, tiene un bajo ajuste a los datos, por lo que no se puede considerar como un modelo explicativo válido de la ideación suicida en estudiantes de colegios y universidades de la ciudad de San Juan de Pasto.

Una vez se realiza el análisis de regresión jerárquica, se hacen ajustes a los submodelos de factores de protección y de riesgo, que ya han sido comentados anteriormente y que se integran en el modelo representado en la figura 38.

Cuando se revisa la significación de los coeficientes de determinación de todas las relaciones propuestas en este nuevo modelo, se observa que un amplio número de ellas no alcanza el nivel requerido de significación estadística ($p < 0,001$). En la figura 38 se presentan cuáles relaciones se mantienen. En comparación con el modelo previo, se adicionan las siguientes asociaciones: a) depresión e ideas suicidas y b) apoyo social y razones para vivir.

Como se puede observar en el gráfico, con esta nueva propuesta, el modelo de protección prácticamente desaparece, manteniéndose solamente la asociación entre apoyo social y razones para vivir.

Tabla 123. Índices de ajuste del modelo de Factores de Riesgo – Protección inicial

	Total	Hombres	Mujeres	A. Tempr.	A. Media	A. Tardía	Adultos J.	Secundaria	Universit.
χ^2	899,602	486,597	437,388	192,643	375,751	219,936	220,180	590,862	351,225
P	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000
CMIN/gl	49,978	27,033	24,299	10,702	20,875	12,219	12,232	32,826	19,513
RMR	26,655	25,975	27,189	24,309	30,325	22,621	30,383	27,335	26,052
GFI	0,863	0,867	0,851	0,881	0,825	0,845	0,858	0,856	0,861
AGFI	0,726	0,734	0,703	0,762	0,649	0,690	0,717	0,712	0,722
PGFI	0,431	0,434	0,426	0,440	0,412	0,423	0,429	0,428	0,431
PNFI	0,474	0,475	0,470	0,484	0,457	0,425	0,480	0,472	0,468
RMSEA	0,201	0,198	0,208	0,177	0,232	0,209	0,204	0,206	0,202
Hoelter 0,05	39	40	36	47	29	34	36	37	38
Hoelter 001	47	48	44	56	35	41	43	45	46

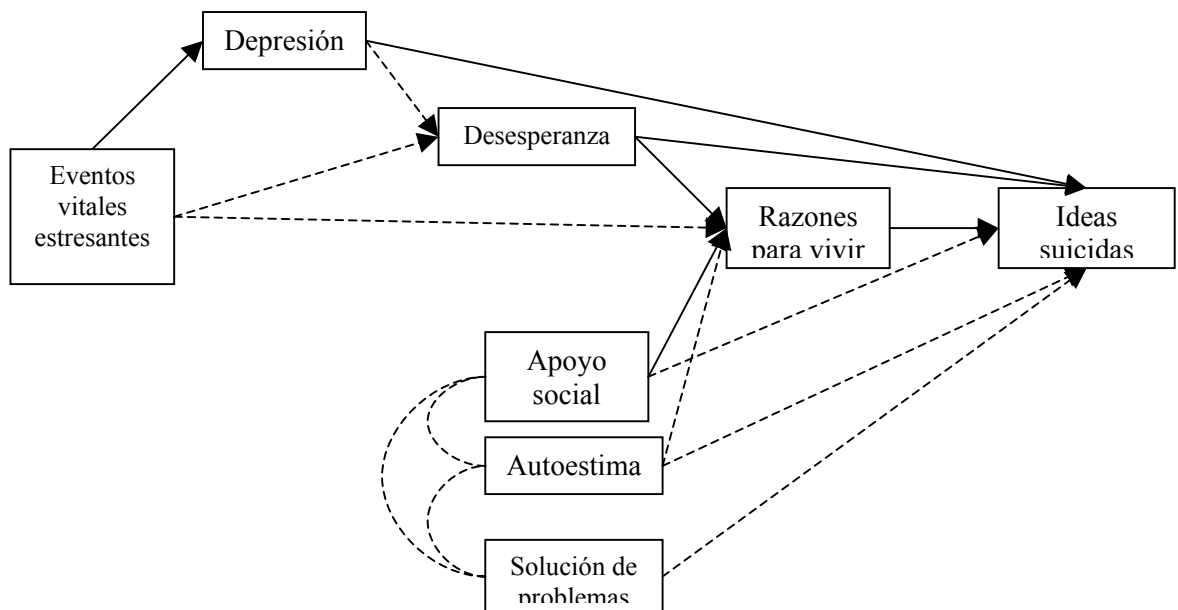


Figura 38. Relaciones significativas en el modelo integrado de factores de riesgo y protección, luego del análisis de regresión jerárquica¹¹.

En consonancia con lo anterior, los índices estadísticos del modelo son realmente bajos (véase la tabla 124), pues en todos los casos el chi cuadrado fue significativo, lo que indica que existen diferencias considerables entre las relaciones propuestas desde el modelo teórico y las halladas empíricamente. A esto se unen los discretos niveles de los índices de bondad de ajuste, pues el GFI máximo está por el orden de 0,92; mientras que el máximo valor de AGFI fue de 0,77. De igual manera, los estadísticos basados en los residuos nos muestran valores alejados del cero esperado, por lo cual se puede afirmar que hay una amplia variabilidad de las relaciones entre los datos que no alcanza a ser explicada por el modelo estadístico. En consecuencia, los valores del estadístico de Hoelter en todos los casos son muy bajos, lo que da a entender que este modelo no puede ser generalizado de manera válida a la población de estudio.

¹¹ Se representan con líneas continuas las relaciones significativas y con líneas discontinuas las no significativas.

Tabla 124. Índices de ajuste del modelo de Factores de Riesgo – Protección reformulado a partir del análisis de regresión jerárquica

	Total	Hombres	Mujeres	A. Tempr.	A. Media	A. Tardía	Adultos J.	Secundaria	Universit.
χ^2	368,460	215,777	163,179	100,665	125,637	86,058	87,209	239,331	144,372
P	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000
CMIN/gf	30,705	17,981	13,598	8,389	10,470	7,171	7,267	19,944	12,031
RMR	39,402	39,125	39,791	37,588	46,634	32,071	43,847	41,322	37,679
GFI	0,924	0,919	0,925	0,919	0,915	0,917	0,919	0,921	0,921
AGFI	0,771	0,757	0,774	0,756	0,745	0,750	0,757	0,762	0,762
PGFI	0,308	0,306	0,308	0,306	0,305	0,306	0,306	0,307	0,307
PNFI	0,168	0,157	0,201	0,156	0,190	0,178	0,192	0,164	0,182
RMSEA	0,157	0,160	0,153	0,155	0,160	0,155	0,153	0,159	0,156
Hoelter 0,05	69	65	70	65	62	64	65	67	67
Hoelter 0,01	87	82	87	81	78	79	81	83	83

A partir de lo anterior, se demuestra que el modelo integrado por factores de riesgo y de protección, en la versión definida después del análisis de regresión jerárquica, tampoco es una buena explicación de las relaciones causales de la ideación suicida en estudiantes de colegios y universidades de la ciudad de San Juan de Pasto.

En tercer lugar, se integró un modelo que abarca a los submodelos de riesgo y protección, luego de haber sido desarrollados por la técnica de análisis de trayectorias (path analysis). Al revisar los coeficientes de determinación de las relaciones planteadas por el modelo, se observó que en la muestra total, todas ellas fueron significativas. No obstante, en el análisis para cada uno de los grupos, se identificaron unas relaciones que no fueron estadísticamente importantes (véase figura 39), tales como: a) solución de problemas e ideas suicidas (mujeres, adolescencia temprana, media y tardía; y estudiantes de secundaria), b) depresión de ideas suicidas (hombres, adolescencia temprana, adultos y universitarios), c) depresión y desesperanza (adolescencia tardía, adultos y universitarios) y razones para vivir e ideas suicidas (mujeres y adolescencia media y tardía).

Los estadísticos obtenidos para este nuevo modelo no son buenos, pues en ningún caso el chi cuadrado fue significativo (véase tabla 125), indicando con ello que en todos los grupos y en la muestra total, el modelo de relaciones causales propuesto se aleja de la estructura de correlaciones hallada con los datos. Esto se confirma con los índices de bondad de ajuste, pues el GFI no superó el 0,91; mientras que el AGFI estuvo por el orden máximo de 0,82, indicando un bajo ajuste del modelo. Igualmente, los estadísticos basados en los residuos (RMR y RMSEA) son particularmente altos indicando una alta variabilidad de los datos no explicada por el modelo; mientras que los valores del estadístico de Hoelter, consecuentemente, indican que la capacidad de generalización del modelo resulta baja.

Tabla 125. Índices de ajuste del modelo de Factores de Riesgo – Protección desarrollado por análisis de trayectorias

	Total	Hombres	Mujeres	A. Tempr.	A. Media	A. Tardía	Adultos J.	Secundaria	Universit.
χ^2	357,187	196,529	176,422	90,616	145,056	87,498	86,885	241,108	142,376
P	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000
CMIN/gl	27,476	15,118	13,571	6,970	11,158	6,731	6,683	18,547	10,952
RMR	41,067	39,843	42,769	37,640	50,315	33,687	45,321	43,349	39,055
GFI	0,916	0,916	0,907	0,916	0,888	0,903	0,908	0,909	0,911
AGFI	0,818	0,819	0,799	0,820	0,759	0,791	0,801	0,803	0,807
PGFI	0,425	0,425	0,421	0,425	0,412	0,419	0,421	0,422	0,423
PNFI	0,226	0,238	0,230	0,236	0,181	0,198	0,265	0,201	,235
RMSEA	0,148	0,145	0,152	0,139	0,166	0,149	0,145	0,153	,148
Hoelter 0,05	76	76	69	77	58	66	70	70	72
Hoelter 0,01	94	94	85	95	71	82	86	87	89

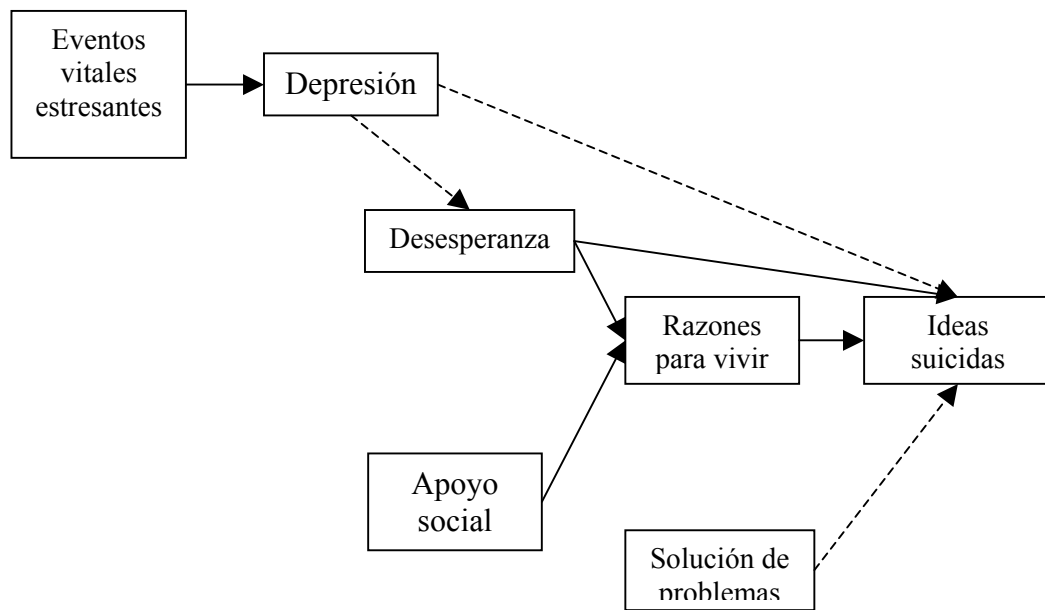


Figura 39. Relaciones significativas en el modelo integrado de factores de riesgo y protección, desarrollado a partir de análisis de trayectorias¹².

Con lo anterior, se demuestra que el modelo integrado de factores de riesgo y de protección no es una buena alternativa para la explicación de las relaciones causales que dan origen a las ideas suicidas en estudiantes de colegios y universidades de la ciudad de San Juan de Pasto.

Formulación y evaluación del Modelo Integrador Explicativo de la ideación suicida

Dado que los modelos integradores previamente analizados no representaron un aporte significativo a la explicación de las ideas suicidas en la muestra de estudio, se tomó la decisión de generar un nuevo modelo, el cual partiera de las relaciones que habían demostrado ser altamente significativas, además de las que no se habían probado, en los modelos o submodelos previamente descritos. De esta manera el modelo con el cual se llevó a cabo el respectivo análisis de trayectorias se presenta en la figura 40.

¹² Se representan con líneas continuas las relaciones significativas y con líneas discontinuas las no significativas.

El modelo hallado se propone entonces desde la siguiente lógica: La vivencia de eventos vitales estresantes tendría efectos directos sobre la depresión y sobre la autoestima. De acuerdo con el submodelo de riesgo, la depresión lleva a la desesperanza, la cual, a su vez, afecta directa o indirectamente (a través de las razones para vivir) a las ideas suicidas. De acuerdo con el submodelo de protección, se propone que la autoestima, el apoyo social y la solución de problemas tengan un efecto directo sobre las variables de riesgo (depresión y desesperanza). A su vez, el mismo submodelo plantea que la autoestima y el apoyo social inciden sobre la solución de problemas y sobre las razones para vivir. Finalmente, en diferentes modelos se ha comprobado que la depresión, la desesperanza, la solución de problemas y las razones para vivir son las únicas variables que tienen efectos directos sobre las ideas suicidas; mientras que el apoyo social, la autoestima y los eventos vitales tienen una influencia indirecta solamente.

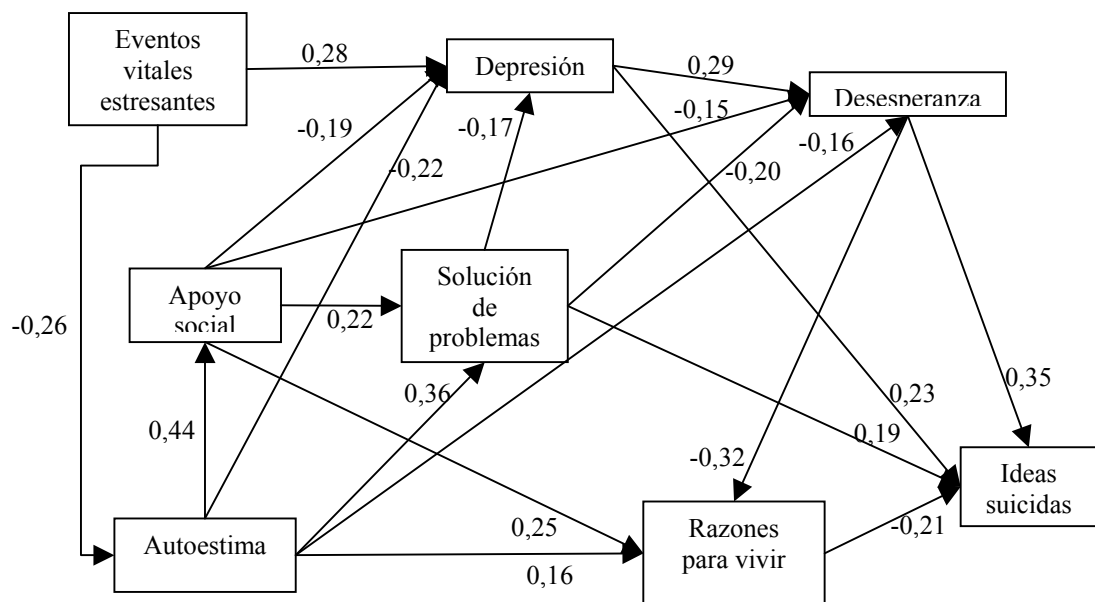


Figura 40. Modelo integrador explicativo de la ideación suicida.

Cuando se analizan los coeficientes de determinación en las relaciones propuestas entre las variables del modelo, se encuentra que todos son significativos en la muestra total y en los grupos de hombres, mujeres y

estudiantes de secundaria. En el caso de la adolescencia temprana, la asociación entre el apoyo social, la solución de problemas y la depresión formaría un bucle de relaciones débiles. Ya en la adolescencia tardía y la adultez, se hace evidente que la autoestima, el apoyo social y la solución de problemas no generan efectos directos sobre la desesperanza. Otras asociaciones débiles se hallaron entre la autoestima, de una parte, y la desesperanza (adolescencia media) y las razones para vivir (universitarios), de la otra; así como entre apoyo social y desesperanza (universitarios).

Al observar los coeficientes de determinación estimados en el modelo para la muestra total, se destacan las razones de cambio que implican los coeficientes existentes entre autoestima y apoyo social; autoestima y solución de problemas; desesperanza e ideas suicidas y desesperanza y razones para vivir (véase figura 40).

Los estadísticos calculados para el Modelo Integrador fueron particularmente buenos, considerando que se plantea como modelo inicial para la subsiguiente exploración por medio del análisis de trayectorias. Tal como se observa en la tabla 126, el estadístico chi cuadrado no fue significativo en los grupos de adolescencia tardía, adultos jóvenes y estudiantes universitarios, indicando con ello que hay una importante cercanía entre las relaciones halladas en los datos y las propuestas en el modelo teórico. Cuando se observan los índices de bondad de ajuste, se ve que en todos los casos el GFI es superior a 0,96; mientras que el AGFI alcanza valores desde 0,86 hasta 0,93, lo cual implica que el modelo refleja en buena medida lo visto en la realidad. Esto se confirma con los bajos valores de los estadísticos basados en residuos (RMR y RMSEA) indicando que la magnitud de las diferencias entre lo observado y lo modelado son muy bajas. Finalmente, los estadísticos de Hoelter son significativos para prácticamente todos los grupos, permitiendo afirmar que el modelo puede ser generalizado a la población, con excepción de los grupos de adolescencia temprana y media, en los cuales no se alcanzó el mínimo valor requerido ($n=200$).

Tabla 126. Índices de ajuste del Modelo Integrador Explicativo de la Ideación Suicida

	Total	Hombres	Mujeres	A. Tempr.	A. Media	A. Tardía	Adultos J.	Secundaria	Universit.
χ^2	87,788	48,426	54,298	41,101	53,348	18,730	27,586	81,032	29,551
P	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,028	0,001	0,000	0,001
CMIN/gl	9,754	5,381	6,033	4,567	5,928	2,081	3,065	9,004	3,283
RMR	7,425	7,086	8,362	10,084	10,019	5,800	8,129	8,869	5,795
GFI	0,982	0,982	0,975	0,967	0,964	0,982	0,974	0,973	0,984
AGFI	0,927	0,927	0,900	0,867	0,856	0,927	0,897	0,892	0,935
PGFI	0,245	0,245	0,244	0,242	0,241	0,245	0,244	0,243	0,246
PNFI	0,275	0,276	0,265	0,238	0,245	0,281	0,265	0,254	0,284
RMSEA	0,085	0,081	0,096	0,107	0,115	0,065	0,088	0,103	0,071
Hoelter 0,05	234	234	169	128	118	234	165	158	261
Hoelter 0,01	299	299	216	163	151	299	212	202	334

De acuerdo con lo arriba planteado este modelo ofrece una buena explicación de las relaciones causales que conllevan a la ideación suicida en estudiantes de colegios y universidades de la ciudad de San Juan de Pasto.

No obstante lo anterior, el Modelo Integrador implica un conjunto complejo de relaciones entre variables, por lo que se propuso la exploración de un modelo un poco más sencillo (con menos parámetros), pero con buen nivel explicativo a través de los diferentes grupos, en especial en los de adolescencia temprana y media.

En este sentido se asumió como criterio de exclusión o inclusión de una variable, la significación estadística de los coeficientes de determinación de cada una de las asociaciones propuestas, trabajando con la muestra total. Dado que el nuevo modelo estaba muy cerca de ser saturado, se tomó la decisión de ir eliminando la asociación con el coeficiente de determinación menos significativo y se calculaban los respectivos índices. Se asumía como válido la eliminación de una asociación, si ello implicaba una disminución de la razón CMIN/gl, en la cual se considera tanto el ajuste como la parsimonia del modelo. Así se procedió hasta que se alcanzó el máximo nivel de GFI, punto en el cual se detendría la eliminación de parámetros.

Luego de la realización de este procedimiento, se llegó al modelo representado en la figura 41. Al revisar la composición del mismo se observa que es una fusión de los submodelos de incapacidad y de factores de riesgo. En esencia, el modelo plantea que la depresión y la solución de problemas median la asociación entre eventos vitales y desesperanza, y que ésta junto con las dos primeras tienen efectos directos sobre la ideación suicida. Nótese que en este modelo no aparecen las variables razones para vivir, apoyo social y autoestima, pues los modelos que las incluían representaban un menor poder explicativo de los datos.

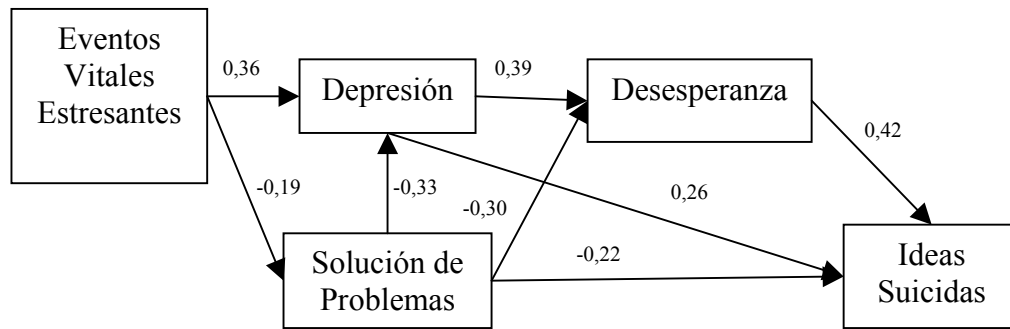


Figura 41. Modelo reducido de la ideación suicida, desarrollado a partir del análisis de trayectorias.

Al revisar la significación de los coeficientes de determinación a través de los diferentes grupos, se observa que en ellos todas las relaciones propuestas eran válidas, a excepción del grupo de adolescencia tardía en el cual las asociaciones entre eventos vitales estresantes y solución de problemas no fue significativa ($p < 0,001$).

Tomando en consideración los índices obtenidos para este modelo, se encuentra que el chi cuadrado sólo fue significativo en la muestra total y en el grupo de hombres; mientras que en todos los demás grupos no lo fue (véase tabla 127). Esto implica que el nuevo modelo se acerca a las estructuras de covarianzas que se hallan en los datos obtenidos de las mujeres, las diferentes etapas vitales y los dos niveles educativos tomados en consideración. De igual forma, los índices de bondad de ajuste están en niveles altos, pues el GFI oscila entre 0,98 y 0,99; mientras que el AGFI tiene valores que oscilan entre 0,86 y 0,99 en los diferentes grupos. También los estadísticos basados en el análisis de los residuos muestran un buen ajuste del modelo, con lo cual se puede afirmar que representa adecuadamente las tendencias halladas empíricamente. Finalmente, los estadísticos de Hoelter superan el mínimo requerido ($n=200$), con lo cual se puede afirmar que el modelo puede ser generalizado a todos los grupos de estudio, incluida la muestra total.

Tabla 127. *Indíces de ajuste del Modelo Reducido*

	Total	Hombres	Mujeres	A. Tempr.	A. Media	A. Tardía	Adultos J.	Secundaria	Universit.
χ^2	26,018	17,319	8,166	14,119	,970	9,327	10,147	15,004	15,309
P	0,000	0,000	0,017	0,001	0,616	0,009	0,006	0,001	0,000
CMIN/gf	13,009	8,660	4,083	7,059	,485	4,663	5,074	7,502	7,655
RMR	3,755	4,104	3,000	5,466	,802	4,843	5,189	3,174	4,626
GFI	0,991	0,990	0,994	0,982	0,999	0,986	0,985	0,992	0,987
AGFI	0,935	0,922	0,955	0,863	0,992	0,892	0,887	0,940	0,899
PGFI	0,132	0,132	0,133	0,131	0,133	0,131	0,131	0,132	0,132
PNFI	0,189	0,187	0,193	0,179	0,199	0,181	0,183	0,190	0,183
RMSEA	0,100	0,107	0,075	0,140	0,000	0,119	0,123	0,093	0,121
Hoelter 0,05	279	231	397	132	2286	166	159	301	179
Hoelter 0,01	428	355	611	202	3514	255	245	463	274

Al comparar los indicadores estadísticos de este modelo con el Modelo Integrador, se encuentra que mejora el nivel de ajuste en los grupos de mujeres, adolescencia media, así como en estudiantes de secundaria, en los cuales, el anterior modelo no era tan fuerte.

Así pues, el modelo reducido, desarrollado a partir del análisis de trayectorias representa una buena alternativa para la identificación y valoración de las relaciones causales que dan origen a las ideas suicidas en estudiantes de colegios y universidades de la ciudad de San Juan de Pasto.

Validez de modelos y submodelos por sexo, etapa vital y nivel educativo

Cuando se revisan los estadísticos de los diferentes modelos y submodelos, se observa que de los 19 propuestos, sólo 7 de ellos alcanzan buenos niveles de ajuste, bajos residuos y relativamente alta generalización. Los modelos que no lograron buenos niveles de ajuste fueron: a) incapacidad (inicial – I., luego de regresión jerárquica – R.J. y con Análisis de Trayectoria –A.T.); b) Falta de valía (I, R.J.); c) Incapacidad/Falta de valía (I, R.J.); c) riesgo (I); protección (I); y riesgo/protección (I, R.J., AT).

Para la muestra total fueron significativas las estadísticas del submodelo de riesgo (con A.T.) y los modelos Base y Reducido.

De acuerdo con el sexo de los participantes, en los hombres, sólo se logró un buen ajuste en el Modelo Integrador; mientras que en el caso de las mujeres, el submodelo de riesgo (con A.T.), así como los modelos base y reducido, fueron los que ofrecieron mejores índices de ajuste.

Revisando los datos por etapa evolutiva, el grupo de adolescencia temprana fue el único para el que no se pudo obtener buenos indicadores en ninguno de los 19 modelos y submodelos probados. Comparativamente, los mejores niveles de ajuste se dieron en el submodelo de riesgo (con A.T.) y el Modelo Integrador.

Para la adolescencia media, el único modelo que mostró buenos indicadores fue el reducido; mientras que en el caso de la adolescencia tardía, se destacan el esquema de Falta de valía (con A.T.), así como el Modelo Integrador.

Por su parte, el grupo de adultos jóvenes fue aquel en el que se lograron los mejores niveles de ajuste en los modelos de incapacidad/Falta de valía (con A.T.), riesgo (por R.J.), riesgo (con A.T.), protección (por R.J.) y base.

Finalmente, según el nivel educativo, para los estudiantes de secundaria el único modelo que obtiene buenos niveles de ajuste es el reducido. Por el contrario, los estudiantes universitarios son otro grupo en el cual más modelos lograron un buen ajuste, siendo ellos: Falta de valía (con A.T.), riesgo (por R.J.), protección (por R.J.) y el Modelo Integrador.

Como se puede observar, a pesar de que el Modelo Integrador alcanza buenos niveles de ajuste en la mayoría de los casos, no hay un solo modelo que se mantenga con buenos índices a través de todos los grupos, lo cual implica que las relaciones entre las variables causales de las ideas suicidas se comportan de manera diferente en cada uno de ellos.

DISCUSIÓN

El objeto del presente trabajo ha sido determinar la validez de algunos modelos predictivos de la *ideación suicida*, compuestos por depresión, desesperanza, eventos vitales estresantes, solución de problemas, autoestima, apoyo social y razones para vivir en estudiantes de colegios y universidades de la ciudad de San Juan de Pasto – Colombia, de acuerdo con el sexo, la etapa evolutiva y el nivel académico. Inicialmente se demostró que todas las variables del estudio tienen relaciones altamente significativas y en el sentido esperado. Posteriormente se demostró que todas ellas tienen un importante valor predictivo de las ideas suicidas. Luego se formularon esquemas de relaciones de mediación y moderación que expresaban el sentido de los modelos de Incapacidad-Falta de valía y de Factores de Riesgo-Protección, los cuales fueron evaluados, demostrándose que la mayoría de las relaciones propuestas no tenían significación estadística. Finalmente, y ante el hecho de que ninguna de las propuestas previas ajustaba de manera adecuada los datos empíricos, se propusieron dos modelos más: el Modelo Integrador Explicativo de la Ideación Suicida y el Modelo Reducido, los cuales presentaron un mejor ajuste a través de los diferentes grupos poblacionales.

Las relaciones entre las variables de estudio

Un primer objetivo del presente trabajo era la identificación de las asociaciones que existían entre las variables de estudio. Efectivamente, se encontró que depresión, desesperanza, eventos vitales estresantes, solución de problemas, autoestima, apoyo social y razones para vivir son variables altamente interrelacionadas.

En primer lugar, todas las variables de protección tienen correlaciones positivas entre sí, al igual que todas las variables de riesgo, entre sí. Ello indicaría que tanto las unas, como las otras, forman bloques de factores que tienden a

covariar. En resumen, se puede esperar que cuando una persona tenga una elevada puntuación en cualquier variable, también presente altas puntuaciones en las demás variables de su bloque.

Ahora bien, el hecho de que existan relaciones negativas entre las variables de riesgo y las de protección comprueba que la presencia de un tipo de variables está asociado a la ausencia del segundo, como si fueran dos polos de un mismo fenómeno. Es decir, no responden a dos factores independientes, sino que las dos representarían un *continuum* que va desde baja salud mental (bajos factores de protección y altos factores de riesgo) hasta alta salud mental (altos factores de protección y bajos factores de riesgo). Dada la fuerte interrelación negativa entre las variables, es muy poco probable que una persona tenga a la vez altos (o bajos) valores de ambos tipos de variables.

A partir de los resultados de las correlaciones bivariadas, se identifican algunas parejas de variables que tienden a aparecer sistemáticamente con relaciones muy fuertes.

En primer lugar, se encontró que los eventos vitales estresantes tienen una muy alta relación con la depresión, implicando con ello que la vivencia de eventos que por su impacto en los roles y en la percepción de bienestar de las personas (o de sus seres queridos) son vistos como altamente estresantes, se asocian con la presencia de alteraciones en el funcionamiento social, en los procesos fisiológicos, así como en la percepción de un estado de ánimo negativo. Esto se relaciona con los hallazgos de Netta *et al.* (2004) y de Osvath *et al.* (2004) según los cuales la cantidad y la relevancia de los acontecimientos estresantes vividos se relacionan con la presencia y gravedad de la psicopatología, convirtiéndose en un factor implicado en el desarrollo de vulnerabilidad psicológica y/o biológica y de disfunciones cognitivas. Lo que para el caso del suicidio es demostrado por Konick y Gutiérrez (2005) quienes encuentran que la asociación de la depresión con las conductas suicidas se ve agravada por la presencia de los eventos vitales

estresantes, los cuales hacen que los jóvenes sean más vulnerables a la presencia de síntomas depresivos.

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

Otra relación particularmente estable a través de los diferentes grupos de participantes fue la existente entre autoestima y solución de problemas. La presencia de esta asociación implica que la buena valoración que la persona tenga de sí misma, está asociada con la percepción de eficacia en la solución de problemas; es decir, que alguien que se considere a sí mismo como una persona valiosa, seguramente tenderá a evaluar como adecuada la manera que tiene para resolver los problemas. Este aspecto es validado por Groholt *et al.* (2005) quienes afirman que cuando las personas tienen baja autoestima, aceptan fácilmente la retroalimentación negativa que provenga de otras personas y tienen dificultades para darse retroalimentación positiva a sí mismos, razón por la cual suelen sentirse incompetentes, especialmente en lo que hace referencia a sus habilidades para controlar las dificultades de su vida diaria. Así pues, no sólo se requiere ser buen solucionador de problemas, sino que también hay que verse a sí mismo como tal, para que la solución de problemas ejerza su aporte a la salud mental (Pollock y Williams, 2004; Largo-Wight, Peterson y Chen, 2005).

Por otra parte, se encontró que la desesperanza tiene una fuerte relación con las razones para vivir, lo cual implica que una percepción positiva del futuro está

asociada al hecho de que una persona cuente con más argumentos para desechar o controlar las ideas o las propuestas de suicidio. Una posible explicación a este hallazgo puede estar en el carácter de creencia y expectativa que implican las razones para vivir, el cual es similar al de la desesperanza, que también implica una serie de creencias y expectativas que tienen que ver con el futuro y con el sentido que tiene la vida en esas circunstancias, y frente al cual se evalúa si tiene o no validez el considerar al suicidio como una opción (Beck *et al.*, 1974).

Igualmente, el apoyo social se relacionó significativamente con las razones para vivir, implicando con ello que el hecho de contar con otras personas, como fuentes de información, cuidados o simplemente de atención, se relaciona con una mayor presencia de argumentos en contra de la posible idea del suicidio. Esto se confirma en el estudio de Rutter y Behrendt (2004), en el que encuentran que adolescentes que se sintieron más apoyados por sus consejeros, padres de familia o iguales presentaron mayores niveles de “resistencia” (*‘resilience’*), mecanismos de afrontamiento más saludables y mantuvieron una visión más positiva acerca del futuro, lo cual disminuye las razones para considerar al suicidio como una salida a una situación estresante.

Otro hallazgo importante del presente estudio fueron las correlaciones negativas existentes entre las variables propuestas como variables de protección y las ideas suicidas, así como las correlaciones positivas de éstas con las denominadas variables de riesgo. La fuerza y el sentido de estas relaciones le da validez nomológica al estudio, pues se reafirma la idea de que al ser una condición negativa, la presencia de ideas de suicidio se da ante un déficit de las variables de protección y/o ante un exceso de variables de riesgo.

Al revisar los coeficientes de correlación a través de los diferentes grupos se encuentra de manera sistemática que hay cuatro variables críticas con las mayores asociaciones con las ideas suicidas, a saber: desesperanza, depresión, solución de problemas y razones para vivir.

Han sido varios los autores que identifican a la desesperanza como un elemento causal fundamental de las conductas suicidas, proponiendo que este es un estado cognitivo caracterizado por una visión extremadamente pesimista del futuro y de su posibilidad de cambio, que se asocia con estados de ánimo negativo y ante el cual, el suicidio aparece como el único, último y definitivo recurso que se tiene, o bien para salir de la situación que está viviendo o bien para sentir que tiene una última oportunidad de control de su vida, al decidir cuándo y de qué forma morir (Abramson *et al.*, 2000; Beck *et al.*, 2000; Hughes y Niemeyer, 1990).

Frente a la relación entre depresión y conductas suicidas (como las ideas de suicidio), De Wilde, Kienhorst y Diekstra (1996) ofrecen una posible explicación al considerar que ambos fenómenos comparten procesos similares, como la tríada cognitiva, ya que en los suicidas se hallan (a) una visión negativa de sí mismo, como se manifiesta en los bajos niveles de autoestima; (b) una visión negativa de la situación, en la que se valoran más negativamente los eventos vitales; y (c) una visión negativa del futuro, toda vez que la desesperanza está típicamente presente en los casos de conductas suicidas en los adolescentes.

En lo que atañe a la relación entre ideas suicidas y solución de problemas, diferentes autores han encontrado que las conductas suicidas surgen ante la presencia de habilidades de afrontamiento pobres, desgastadas o ineficaces, especialmente cuando el individuo está sometido a un estrés importante (Rudd *et al.*, 1996; Rudd, Rajab y Dahm, 1994; Schotte y Clum, 1982, 1987; Arie *et al.*, 2008).

Por otro lado, la relación entre las razones para vivir y las ideas suicidas puede explicarse a partir de la definición misma que ofrecen Linehan *et al.* (1983) al considerarlas como aquellos factores cognitivos o creencias que ayudan a los individuos a sobrevivir en el afrontamiento de situaciones difíciles y adversas. Tales razones para vivir, tanto por su papel mediador, como por las relaciones que tienen con otras variables de protección, hacen más probable que la persona

resista al estrés y a la desesperanza, que no caiga en ideación suicida y, por lo tanto, que no cometa suicidio (Dovorv y Thorell, 2004; Sahin, Durak y Sahin, 1998).

Finalmente, en este estudio se encontró que los eventos vitales estresantes, el apoyo social y la autoestima son variables que presentan correlaciones con las ideas de suicidio, pero que sistemáticamente muestran menores coeficientes.

En diferentes investigaciones se ha conformado la asociación entre autoestima y conductas suicidas, en virtud de la cual se puede plantear que cuando la autoestima es baja, está normalmente acompañada de reacciones emocionales tales como sentimientos de desvaloración, inferioridad, soledad, depresión, ansiedad y culpa, que socavan los valores de autorrealización y las habilidades personales, así como previenen el ajuste e integración social de la persona, lo cual hace obvia la aparición de las conductas suicidas, en general, y de la ideación suicida, en particular (Groholt *et al.*, 2005; Lieberman *et al.*, 2005)

En lo que hace referencia al apoyo social, un primer antecedente que resalta la importancia de la integración social del individuo en el origen de las conductas suicidas, son las propuestas sociológicas que postulan que es el exceso o el déficit de integración social, así como la falta de unión social, las razones principales que dan origen al suicidio (Durkheim, 1897/1989). Desde el punto de vista psicológico, se plantea que las personas con menor apoyo social tendrán más riesgo de suicidio al contar con redes sociales más pequeñas, menos recíprocas y en las que se intercambian menos recursos (Matud *et al.*, 2002; Barrón, 1996; Lemos y Fernández, 1990). En este sentido, otros estudios han demostrado que la insatisfacción crónica con el apoyo social recibido de la familia y los amigos se asocia fuertemente con la ideación suicida y que la presencia de un buen apoyo social actúa como un amortiguador (*'buffer'*) en la relación entre estresores e ideación suicida, reduciendo el riesgo de este tipo de conductas (Jeglic *et al.*, 2007; Clum y Febraro, 1994).

Finalmente, la importancia de la relación entre los eventos vitales estresantes y las conductas suicidas ha sido claramente definida y comprobada en el modelo diátesis-estrés-desesperanza (D-S-H) de la conducta suicida, propuesto por Schotte y Clum (1982, 1987), en el que se propone que un individuo excesivamente estresado, empieza a sentir que carece de las habilidades adecuadas para resolver sus problemas, ante lo cual fácilmente puede desarrollar desesperanza, una condición que incrementa el riesgo de conducta suicida.

En conclusión, se demuestra que las variables consideradas en el estudio han exhibido sistemáticamente importantes asociaciones entre sí, así como con las ideas suicidas, validando entonces su inclusión en los modelos predictivos de éstas.

El papel de las variables de estudio en la predicción de las ideas suicidas

Un segundo objetivo pretendido por el presente estudio se centraba en identificar cuáles eran las variables que resultaban ser predictoras significativas de la ideación suicida, partiendo del hecho de que todas estaban asociadas. A este respecto se encontró que todas las variables incluidas en el estudio también hicieron un aporte significativo a la predicción de las ideas suicidas. No obstante, se distinguen tres grupos de variables, en términos de su valor predictivo.

En primer lugar, la *desesperanza* se instauró como la variable más importante a la hora de predecir los valores de las ideas suicidas. Diferentes autores han encontrado que la desesperanza está relacionada positivamente con, y tiene un fuerte poder predictivo de, el intento y la ideación suicidas en niños y adolescentes normales, así como en pacientes psiquiátricos adultos, psiquiátricos adolescentes, esquizofrénicos, depresivos y terminales (Tanaka *et al.*, 1998; Joiner y Rudd, 1996; Chichinov *et al.*, 1998). El poder predictivo de la desesperanza es tal que Swedo *et al.* (citados por Konick y Gutiérrez, 2005) lograron identificar el

93% de quienes habían tenido intentos de suicidio basándose solamente en las puntuaciones de desesperanza e ideación suicida. Además, sugirieron que la intensidad de la desesperanza podría ser el mejor predictor de la repetición y letalidad de los intentos de suicidio.

El importante papel de la desesperanza en la predicción de las ideas e intentos de suicidio, así como en los suicidios consumados, ha sido ampliamente demostrado, tanto en población psiquiátrica (Schneider *et al.*, 2001) como en población general (Kuo *et al.*, 2004; Mazza y Reynolds, 1998; Joiner y Rudd, 1996; Dean *et al.*, 1996). No obstante, algunos autores (Rudd, 1990; Metha *et al.*, 1998; Sun *et al.*, 2006) consideran que la desesperanza es un buen predictor de las conductas suicidas en poblaciones clínicas, mas no en poblaciones normales, postura que no se confirmó en el presente estudio.

El segundo grupo de variables predictoras lo conforman la depresión, las razones para vivir y la solución de problemas, cuyo valor predictivo fue importante en la gran mayoría de los grupos, así como en la muestra total, aunque en ningún caso superó el aporte que realizaba la desesperanza.

La importancia de la asociación entre depresión y conductas suicidas ha sido ampliamente demostrada a lo largo de diferentes estudios, en los cuales se hace evidente que la depresión se constituye en un factor de riesgo muy fuerte (Konick y Gutiérrez, 2005). En ese mismo sentido, Field *et al.* (2001) encontraron que la tristeza (como emoción básica) es tan importante en el estudio de las ideas suicidas, que no se requiere que llegue a niveles clínicos (depresión) para que tenga una asociación fuerte con ellas.

Ahora bien, diferentes estudios han demostrado que la depresión tiene una fuerte asociación con las ideas de suicidio, en adolescentes (Sun *et al.*, 2006; Metha *et al.*, 1998), estudiantes universitarios (De Man, 1999) y población general (Nugent y Williams, 2001). La importancia predictiva de la depresión es tal que si se retira esta variable de los modelos predictivos del suicidio, otras correlaciones

se debilitan o desaparecen (Konick y Gutiérrez, 2005; Field *et al.*, 2001; Sun *et al.*, 2001, De Man, 1999).

En cuanto al papel predictivo de las habilidades de solución de problemas, diferentes estudios han señalado que los pacientes suicidas tienen un pobre desempeño, tanto en la cantidad, como en la calidad y eficacia, de las estrategias generadas para manejar sus problemas interpersonales (Williams *et al.*, 2005; Pollock y Williams, 2004; Linehan *et al.*, 1987; Arie *et al.*, 2008). De igual manera, en poblaciones no clínicas se ha podido establecer que las personas suicidas tienden a presentar más estrategias de afrontamiento desadaptativas (retirada y pensamiento fantasioso) y menos regulación emocional y solución adecuada de problemas (Turner *et al.*, 2002), demostrándose la importancia de la solución de problemas en la predicción tanto de la desesperanza como de la ideación suicida (Dixon *et al.*, 1991).

En cuanto a las razones para vivir, diferentes estudios han encontrado que esta variable tiene una fuerte correlación positiva con los pensamientos protectores frente al suicidio, así como correlaciones negativas y un importante valor predictivo, de las medidas de ideas suicidas y de indicadores de probabilidad de suicidio en estudiantes universitarios y adultos jóvenes (Gutierrez *et al.*, 2002; Dovorv y Thorell, 2004; Connell y Meyer, 1991; Kralik y Danforth, 1992). Tales estudios argumentan que las razones para vivir, como factores protectores, median sobre la ideación y las conductas suicidas. Por su parte, Pinto *et al.* (1998), Osman *et al.* (1998) y Lizard *et al.* (2007), en estudios con adolescentes psiquiátricos, encontraron que las razones para vivir permitieron discriminar entre pacientes suicidas y no suicidas, así como entre aquellos con ideación suicida y pacientes con intento de suicidio. De igual manera, encontraron que las razones para vivir se relacionaron de manera negativa con medidas de ideación suicida, desesperanza y depresión.

Finalmente, la autoestima, el apoyo social y los eventos vitales estresantes, tuvieron un aporte que, si bien fue mucho menor que las anteriores variables,

también resultó significativo, razón por la cual estuvieron presentes en la mayoría de los modelos predictivos.

Con respecto a la autoestima, en pacientes psiquiátricos se ha encontrado que los adolescentes suicidas tenían baja autoestima, una evaluación negativa de sus propias competencias y un autoconcepto negativo estable, y que el papel predictor que desempeña la autoestima frente a las ideas suicidas es significativo, a pesar de que se controle el efecto de variables como la depresión y la desesperanza (Groholt *et al.*, 2005; Guillon *et al.*, 2003; Bhar *et al.*, 2008). Esta asociación entre autoestima e ideas suicidas, también se ha encontrado en estudios poblacionales como los de Pagés *et al.* (2004), Vilhjalmsson *et al.* (1998) y Wild *et al.* (2004), en los cuales se demuestra su papel predictor, en adolescentes y adultos normales.

Por otro lado, las investigaciones sugieren que el soporte social es otra variable importante en la predicción de las conductas suicidas (Clum *et al.*, 1997; Chioqueta y Stiles, 2007). Así pues, se ha identificado que los adolescentes con ideación suicida tienden a ser menos populares, a tener menos amigos y mantener relaciones interpersonales de menor calidad, que los estudiantes sin ideación suicida (Field *et al.*, 2001). Adicionalmente, son varias las investigaciones que indican que el aislamiento social, el sentido de rechazo o desapego, la alienación y la insatisfacción con las relaciones sociales están asociadas con el incremento de las conductas suicidas, en general, y de la ideación suicida, en particular (Lieberman *et al.*, 2005).

Finalmente, en lo que hace referencia a la asociación de las ideas suicidas y los eventos vitales estresantes, Schotte y Clum (1987) y Chang (2002b) demostraron que hay una fuerte correlación entre los niveles de estrés vital negativo y el grado de ideación suicida en adolescentes. Se ha encontrado igualmente que los acontecimientos estresantes familiares (de interacción, salud y financieros), sociales, afectivos, académicos, de victimización (sexual o social) y personales, se presentan con más frecuencia en los jóvenes con conductas suicidas

que en los que no las tienen (Schotte y Clum, 1987; Liu y Tein, 2005; Villalobos-Galvis, 2009; Sandín *et al.*, 1998; González-Forteza, Ramos, Caballero y Wagner, 2003).

Al analizar los resultados por los diferentes grupos de la muestra, se encuentra que la desesperanza, la solución de problemas y las razones para vivir aparecen constantemente en los modelos predictivos de la ideación suicida.

Sin embargo, al ver los resultados por sexo, se ve que en los hombres no es significativo el aporte adicional del apoyo social, sino los de la depresión, la autoestima y los eventos vitales estresantes. Por su parte, en el caso de las mujeres, la depresión y el apoyo social son significativos; mientras que la autoestima y los eventos vitales no lo son. De esta manera, parece ser que en los hombres, las variables menores más importantes son los estresores vitales y la autoestima; mientras que para las mujeres es más relevante el apoyo social.

Estas diferencias por sexo son informadas por Chopin *et al.* (2004), quienes encuentran que los intentos de suicidio en hombres se relacionan más comúnmente a fracasos en el desempeño escolar o laboral, el cual, a su vez, se asocia con una pérdida de la autoestima. Por el contrario, el intento de suicidio en mujeres está más precedido por problemas de relaciones interpersonales.

Al tomar en consideración los resultados obtenidos por etapa vital, se encuentra que el único grupo en el que la depresión no fue una variable importante fue el de la adolescencia temprana. En este grupo tampoco lo fue el apoyo social; mientras que la autoestima y los eventos vitales sí tuvieron un aporte adicional a la predicción de las ideas suicidas. A juicio de Barón (2000), la adolescencia es una de las etapas que genera más crisis en el proceso evolutivo de los seres humanos, dada la gran cantidad de cambios que conlleva, especialmente los relacionados con su propio cuerpo, las relaciones con los demás, la independencia, la autoconfianza y un sistema personal de valores. Estos cambios exigen del adolescente una serie de habilidades que aún no ha desarrollado, pero

que al ser demandadas, pueden llevar a situaciones de desesperación y desamparo teniendo un impacto especial en su desarrollo psicológico (De Wilde *et al.*, 1993, Seiffge-Krenke; 1998)

En la siguiente etapa vital, la tendencia es completamente inversa, pues durante la adolescencia media, la autoestima y los eventos vitales estresantes pierden relevancia predictiva; mientras que ahora el apoyo social es una variable con aporte significativo. En este sentido, Eldeleklioglu (2006) encuentra que durante la adolescencia, las relaciones sociales y de amistad empiezan a ser particularmente importantes, pues como resultado del desarrollo, el adolescente quiere ser independiente, le importan más las relaciones con el sexo opuesto, empieza a pensar más razonablemente, prefiere compartir sus sentimientos y pensamientos con sus amigos y le resulta fundamental sentirse parte de un grupo. Por estas razones, el hecho de que en la adolescencia media el apoyo social cobre importancia es un resultado esperado.

En el caso de la adolescencia tardía (17 a 18 años), las variables que resultan predictoras significativas son solamente las críticas (desesperanza, depresión, solución de problemas y razones para vivir); mientras que el efecto de las variables menores no genera un aporte significativo a la predicción de las ideas suicidas.

Por último, en los adultos intervienen las cuatro variables críticas, tal como en la etapa vital anterior, añadiéndose ahora la autoestima como una variable relevante. A este respecto, el hecho de que culturalmente se exige y valora la responsabilidad de los actos personales una vez cumplida la mayoría de edad, hace que en los adultos jóvenes la autoestima asuma un valor importante en la predicción de las ideas suicidas, pues un fracaso en alguna de las áreas de su vida, afectará directamente a la imagen que tienen de sí mismos, disminuyendo con ello su autovalía y haciendo más probable la presencia de ideas suicidas.

Finalmente, al considerar la etapa académica de los estudiantes, se observa que si bien es cierto las variables críticas aparecen en ambos grupos, en los estudiantes de colegios resultan más relevantes el apoyo social y los eventos vitales estresantes; mientras que en los universitarios la variable menor que ofrece un aporte importante es la autoestima. En otras palabras, parece que las ideas suicidas en los estudiantes de colegios están más determinadas por el entorno social y de estresores en los cuales se halle inmerso; mientras que en el caso de los universitarios resulta más importante su “ambiente interno”; es decir, la evaluación que hagan de sí mismos.

Mediación y moderación en los modelos predictivos de la ideación suicida

El tercer y el cuarto objetivos de este estudio eran identificar relaciones de moderación o mediación entre las variables de estudio, así como el valor predictivo de los modelos propuestos.

En cuanto al submodelo de Incapacidad, se encuentra que no hay elementos que permitan identificar relaciones de mediación, pero sí de moderación; en otras palabras, no es que una variable se instaure como causa de otra, sino que se afectan mutuamente para dar origen a las ideas suicidas.

Específicamente se observa que los eventos vitales estresantes no tienen un efecto directo sobre las ideas suicidas, sino que al interactuar con una baja solución de problemas o con la desesperanza, su efecto aislado como variable desaparece. Este hallazgo resulta coherente con el modelo de Schotte y Clum (1982), en el cual se plantea que el efecto de los estresores sobre las ideas suicidas es indirecto y se ve en su relación con un déficit en estrategias de afrontamiento, así como en la aparición de la desesperanza, que conllevan a los pensamientos de suicidio.

De igual manera, se encontró que la solución de problemas y la desesperanza son las variables más importantes del submodelo, siendo las únicas con efectos directos sobre las ideas suicidas. Igualmente, su importancia predictiva es autónoma; es decir, que el efecto directo se da con las variables aisladas, pero su interacción no resulta predictiva, lo cual implica que no hay relaciones de moderación entre ellas y que cualquiera de las dos puede tener un efecto importante a la hora de dar origen a las ideas suicidas. A este respecto, diferentes estudios han demostrado que la desesperanza y la solución de problemas son variables predictoras de las ideas suicidas. Sin embargo, no se hallaron estudios que demuestren tales relaciones de moderación entre estas variables. Por el contrario, Clum *et al.* (Schotte y Clum, 1982; Yang y Clum, 1994) proponen que la desesperanza desempeña una función mediadora entre la solución de problemas y las ideas suicidas.

En lo que hace referencia al submodelo de Falta de valía, no se comprobaron las relaciones causales propuestas desde el apoyo social y la autoestima hacia la depresión, sino que se halló una relación de moderación. Esto permite afirmar que no es el déficit de apoyo social o de autoestima el que conlleva a la depresión, sino que es su interacción la que hace más propensa a una persona a las ideas suicidas. Desde otro punto de vista, se puede afirmar que la autoestima y el apoyo social son variables protectoras del efecto directo que puede tener la depresión sobre las ideas suicidas. Así, MacPhee y Andrews (2006) encontraron que la autoestima es el mejor predictor de la depresión en adolescentes; mientras que Hall-Lande *et al.* (2007) y Eldeleklioglu (2006) determinan lo propio para el apoyo social. Sin embargo, en estos estudios no se realizan los procedimientos estadísticos que permitan diferenciar si el efecto es moderador o mediador. Dichos trabajos también hallaron efectos directos de estas 3 variables sobre la ideación suicida, demostrando entonces que son elementos de importancia a la hora de comprender la presencia de las ideas suicidas.

En comparación con el poder predictivo aislado del submodelo de Falta de valía, se encontró que la adición de las razones para vivir, generaban un aumento

considerable del coeficiente de determinación múltiple. Sin embargo, las razones para vivir no se mostraron en una relación de moderación o de mediación de las demás variables, sino que su aporte fue independiente a ellas.

Un tercer submodelo probado fue el de Factores de Riesgo, en el que la depresión medió entre los eventos vitales estresantes y las ideas suicidas. Es decir, que la presencia de tales situaciones no genera *per se* la ideación suicida, sino que parece ser el origen de la depresión, la cual sí puede tener un efecto directo sobre las ideas de suicidio. La estrecha relación que existe entre eventos vitales estresantes y depresión, así como el papel mediador que tiene ésta en el efecto causal de la primera sobre las ideas suicidas han sido ampliamente demostrados en diferentes estudios (Dieserud *et al.*, 2001; Konick y Gutiérrez, 2005; Rudd, 1990; Schotte y Clum, 1982; Sun *et al.*, 2004; Yang y Clum, 1994).

De igual manera, en la presente investigación se comprobaron efectos moderadores de la desesperanza y las razones para vivir, en el impacto de los eventos vitales estresantes sobre las ideas suicidas; es decir, que es la interacción entre esas parejas de variables la que tendría un efecto significativo sobre los pensamientos de suicidio. En cuanto a este hallazgo, Gutiérrez *et al.* (Konick y Gutiérrez, 2005; Gutiérrez *et al.*, 2005) encuentran que la asociación entre eventos vitales y desesperanza, y entre eventos vitales y razones para vivir, pueden ser unas líneas predictivas significativas de las ideas suicidas, aunque no se aclara si las asociaciones dadas entre estas parejas de variables corresponden a relaciones de mediación o de moderación. Por su parte, Liu *et al.* (2006) sí encontraron que las razones para vivir son un mediador importante entre los eventos vitales estresantes y las ideas de suicidio.

En el submodelo de Factores de Riesgo, se demostró también la fuerte asociación entre depresión y desesperanza, hallándose que la segunda puede desempeñar un papel mediador de la primera en cuanto al origen de las ideas de suicidio. Esto puede explicarse al considerar que la desesperanza, por ser un estado cognitivo-motivacional caracterizado por las expectativas negativas, es una

característica central de la depresión y juega un papel importante al mediar las relaciones entre síndromes depresivos y conducta suicida (Velting, 1998; Beck, citado por Joiner y Rudd, 1996).

Finalmente, el papel de las razones para vivir en este submodelo es principalmente de moderador del efecto de las variables incluidas, en especial de los eventos vitales estresantes y de la depresión. Esto se confirma con lo planteado por Dvorov y Thorell (2004) y Pinto *et al.* (1998) quienes encuentran que las razones para vivir tienen relaciones negativas con los niveles de depresión y de estrés.

El submodelo de Factores de Riesgo ofreció un poder explicativo similar al del submodelo de Incapacidad, siendo los dos más importantes a la hora de explicar la variabilidad de los pensamientos de suicidio.

Por último, se analizó el submodelo de Factores de Protección, en el cual no se comprobó la línea de relaciones causales propuesta, sino que se encontraron relaciones de moderación entre el apoyo social, la autoestima y la solución de problemas. Lo anterior implica que no se puede suponer que una variable de protección sea causa de la otra, sino que se encuentra una covariación entre ellas; es decir, que es la asociación entre cada par de variables la que ofrece un mejor poder explicativo de las ideas suicidas. Dieserud *et al.* (2001) y Lieberman *et al.* (2005) comprobaron que la autoestima, el apoyo social y la habilidad de solucionar problemas son variables que interactúan y que ofrecen, de manera conjunta, un buen porcentaje de explicación de las ideas suicidas.

En este caso, el efecto de las razones para vivir genera un aporte en el poder predictivo del modelo. Sin embargo, no se distingue un papel mediador o moderador de las variables previamente incluidas, sino que parece tener un efecto independiente.

En conclusión, se comprueba de nuevo que las variables que se han considerado como predictoras de las ideas de suicidio se mantienen a lo largo de los diferentes análisis. No obstante, el hecho de que en ninguno de los submodelos planteados se evidencien completamente las relaciones entre dichas variables mostraría que la dificultad radica no en los elementos que lo componen, sino en las vías que se generan y los momentos de la cadena causal en los cuales aparecen.

Por lo anterior, el uso de la estrategia de modelización por medio del análisis de trayectorias (*path analysis*) permitió comprobar, de manera simultánea, las formas de interacción entre las variables de estudio que dan lugar a las ideas suicidas, tal como se comenta a continuación.

A la búsqueda del mejor modelo explicativo de las ideas suicidas

El penúltimo propósito del presente estudio era la identificación del mejor modelo predictivo de la ideación suicida, para lo cual se hizo uso del análisis de trayectorias con cada uno de los modelos y submodelos propuestos o ajustados a lo largo del estudio.

Un primer aspecto que resultó evidente era que los modelos formulados no tenían el poder explicativo esperado. Los únicos submodelos que podrían llegar a representar una propuesta aceptable de explicación eran el de *Factores de Riesgo*, seguido por el de *Incapacidad*; mientras que todos los demás modelos no tuvieron un valor explicativo importante. Un aspecto común a estos dos submodelos es la ausencia de las variables de apoyo social y autoestima, las cuales quedarían excluidas del modelo predictivo.

Una implicación de estos hallazgos recae en la importancia que tienen las variables de riesgo en la explicación del origen de las ideas suicidas; es decir, que se puede suponer que la ideación suicida se puede llegar a instaurar más fácilmente ante la presencia de variables de riesgo que ante un déficit de variables

de protección y que éstas pueden desempeñar un papel modulador de aquéllas, sin tener una trayectoria causal exclusiva.

Otro aspecto que puede analizarse es que si bien es cierto que el apoyo social y la autoestima son variables importantes para la predicción de las ideas suicidas, el modelo falla a la hora de considerar cuál es su papel causal específico. En otras palabras, parecería que la mayor importancia de estas variables protectoras no estriba precisamente en ser variables causales de la depresión o de la solución de problemas, sino que su papel en los modelos podría ser diferente.

Otro hallazgo importante fue el comprobar que los modelos tienen menor poder explicativo que los submodelos; es decir, que éstos últimos ofrecen soluciones parsimoniosas relativamente buenas, pero que al integrarse con el modelo complementario pierden su poder explicativo. Ello lleva a pensar en la necesidad de su redefinición, para cambiar las dicotomías incapacidad-falta de valía y riesgo-protección por una propuesta innovadora que permita la interacción entre las diferentes variables que pueden estar vinculadas causalmente con la presencia de las ideas suicidas.

Así pues, se vio la necesidad de proponer un objetivo adicional al estudio, en el cual se buscara un modelo empírico que, basado en los análisis previos, ofreciera una mejor explicación de las relaciones causales que conllevan a las ideas suicidas.

El Modelo Integrador Explicativo de la ideación suicida

A partir de los hallazgos comentados anteriormente, se formuló el Modelo Integrador Explicativo de la ideación suicida, el cual implica varias relaciones causales que darían origen a las ideas suicidas en estudiantes.

El modelo parte de la asociación entre eventos vitales estresantes y depresión (véase figura 40). En otras palabras, la vivencia de situaciones altamente demandantes de ajustes para el estudiante puede llevar a la presencia de síntomas depresivos, tal como lo han propuesto Konick y Gutiérrez (2005). Esta asociación entre eventos vitales estresantes y depresión explicaría la relación indirecta de la primera variable con las ideas suicidas, pues tal como lo afirma Rudd (1990), la depresión es un mediador entre los eventos vitales estresantes y la conducta suicida.

Desde el modelo procesual del estrés se puede entender que si un individuo tiene una alta probabilidad de evaluar sus acontecimientos estresantes como daño-pérdida; es decir, como eventos que generan un gran impacto por el daño efectivo causado y que resultan irremediables (objetiva o subjetivamente), se genera un estado de tristeza propio del proceso de adaptación a una pérdida, y frente al cual la posibilidad de hacer algo para su modificación se disminuye, por lo que, además de la depresión, la persona puede llegar a entrar en un estado de desesperanza (Villalobos-Galvis, 2007).

La fortaleza de los síntomas depresivos que se presenten, según el Modelo Integrador, estará moderada por el papel amortiguador que tengan las variables de protección (autoestima, apoyo social y solución de problemas), por lo que se espera que si la persona cuenta con estos recursos de ajuste o adaptación, la secuencia causal pueda debilitarse. Sin embargo, si los eventos vitales estresantes tienen un alto impacto, o si las variables de protección no tienen la fuerza requerida, la depresión puede llevar a las ideas suicidas de manera directa (véase figura 40).

La interacción entre autoestima y depresión ha sido señalada por Wild *et al.* (2004) y Groholt *et al.* (2005) al establecer que los adolescentes suicidas o con alta probabilidad de informar de ideación e intentos suicidas, presentaron altas puntuaciones de depresión y bajas puntuaciones de autoestima e informaron más problemas de soledad, afecto depresivo y conducta perturbadora. De la misma

forma, según Sun, Hui y Watkins (2006), cuando los adolescentes perciben una baja cohesión familiar y altos conflictos intrafamiliares (estresores), se sienten desvalorizados, lo que conlleva a niveles significativos de depresión que, a su vez, hacen posible que se presente la ideación suicida como una manera de afrontar tal situación.

Con respecto a la relación entre apoyo social, autoestima y depresión, Cohen y Wills (1985) demostraron cómo estas tres variables covarían, de tal manera que la relación negativa entre las dos primeras y la última determinan en gran medida el bienestar mental del individuo. De igual forma, Schotte y Clum (1982) informan que la presencia de habilidades adecuadas para solucionar los problemas cotidianos está asociada con estados de alegría y autovalía, confirmando, adicionalmente, la relación negativa existente entre solución de problemas y depresión.

De nuevo, en el Modelo Integrador se encontró que la depresión puede también llevar a la desesperanza (otra de las relaciones identificada previamente); es decir, que de la tristeza se puede pasar al pesimismo, situación que también puede generar la presencia de ideas suicidas. Claro está que el efecto de la desesperanza también puede ser modulado por las variables de protección, pudiendo detenerse la ruta causal. Si esto no sucede, además del efecto directo, podría también darse uno indirecto, mediado por las razones para vivir (véase figura 40).

La propuesta de una vía que se dirija desde la depresión a la desesperanza es explicada por la teoría de la desesperanza-depresión (Abramson, Metalsky y Alloy, 1989), en el que se propone que la vivencia de eventos vitales negativos, que se ven como importantes, los cuales son atribuidos a factores estables y globales, dan lugar a la depresión. Ahora bien, si el evento negativo es visto como bajo en consenso, alto en consistencia y bajo en discriminación, se genera una explicación atribucional que conlleva a la desesperanza.

Por su parte, Beck (1980) afirma que la conducta suicida grave está fuertemente correlacionada con la depresión y la desesperanza. Sin embargo, esta última es crucial, pues es el puente entre la depresión y el intento de suicidio. A juicio de Beck (citado por Córdova *et al.*, 2005), las características de la desesperanza son fundamentalmente un embotamiento emocional y un autoconcepto negativo, lo que lleva a que la persona desesperanzada crea: a) que nunca podrá salir adelante por sí misma, b) que nunca tendrá éxito en lo que intente, c) que nunca podrá alcanzar objetivos importantes y d) que nunca podrá solucionar los diversos problemas que afronte en la vida. Si, como consecuencia de esto, la persona se considera poco valiosa como para interactuar con los demás, verá reducida la posibilidad de apoyo emocional e instrumental. Estos elementos, le llevarán, a su vez, a la puesta en práctica de estrategias inadecuadas de afrontamiento, que mantendrán o agravarán la situación estresante, sirviendo esto como evidencia de la incapacidad de la persona. Este razonamiento ha sido demostrado por autores como Yang y Clum (1994), que encontraron que el apoyo social y la habilidad de solución de problemas tienen un efecto directo sobre la desesperanza.

Estos aspectos del proceso suicida serían la explicación de por qué en el Modelo Integrador de la Ideación Suicida, la desesperanza recibe líneas causales de la depresión (afecto negativo constante), de la autoestima (baja valoración de sí mismo), del apoyo social (ausencia de soporte emocional e instrumental) y de la solución de problemas (baja percepción de eficiencia en el manejo de las situaciones difíciles) (véase figura 40).

Una segunda vía causal que surge de los eventos vitales estresantes se orienta hacia la evaluación que la persona tiene de sí misma; es decir, que la persona puede llegar a considerarse como alguien inadecuado y poco eficaz a la hora de prevenir o de controlar la presencia de dichos eventos. Esta situación de baja autoestima puede llevar, a su vez, a la sensación de aislamiento social (bajo apoyo social), a la depresión, a la percepción de que se tienen inadecuadas formas

de solucionar los problemas o al hecho de no encontrar razones para vivir ante la posible idea del suicidio (véase figura 40).

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

Según el Modelo Integrador, si se da una disminución significativa del apoyo social, puede hacerse más factible que la persona se deprima y esto la lleve a las ideas suicidas. Otra trayectoria causal se daría a través de la solución de problemas, pues el no contar con el apoyo de personas importantes en los momentos de estrés llevaría a la implementación o mantenimiento de estrategias inadecuadas de solución de problemas, que pueden empeorar la situación estresante, haciendo que aparezcan o se agraven los síntomas depresivos o fortaleciendo la idea de que no hay posibilidad de generar un cambio en la vida (desesperanza), lo que llevaría finalmente a las ideas de suicidio (véase figura 40).

De acuerdo con el modelo procesual del estrés aplicado a la conducta suicida (Sandín *et al.*, 1998; Villalobos-Galvis, 2007), el apoyo social es una variable relevante en la cadena causal del suicidio, pues permite que la persona tenga fuentes de consejo o de ayuda instrumental para enfrentar una situación estresante, o bien que cuente con personas que le apoyen y le cuiden cuando dicha situación no pueda ser modificada. Así pues, el apoyo social tendría una función

catalizadora de la habilidad de solución de problemas al aumentar los recursos con los que cuenta la persona; mientras que la otra función sería la de amortiguador (*buffer*) de los efectos nocivos del estrés, impidiendo que la situación aversiva se torne crónica y se den estados de depresión o de desesperanza.

Por otro lado, el hecho de que la persona perciba que no cuenta con estrategias adecuadas para resolver la situación difícil por la que está atravesando puede hacer que empiece a considerar al suicidio como una solución plausible. En la misma línea, el déficit en habilidades de solución de problemas llevaría a una historia de alta estimulación aversiva (los estresores continúan o se agravan) así como a una baja tasa de refuerzo (no hay probabilidad de éxito), haciendo posible la aparición de la depresión, la cual también tendría un efecto directo sobre las ideas suicidas. Por su parte, la implementación de estrategias inadecuadas generaría una percepción de independencia entre la conducta realizada y el cambio en la situación estresante, haciendo más probable la aparición de la desesperanza, la cual, a su vez, derivaría en ideas suicidas (véase figura 40).

Estas implicaciones del Modelo Integrador de la Ideación Suicida se apoyan en los hallazgos de Schotte y Clum (1987), según los cuales las habilidades de solución de problemas interpersonales median o moderan la relación existente entre estrés y desesperanza, la cual, a su vez, es predictiva de la ideación suicida. También, algunas investigaciones relacionadas por Piquet y Wagner (2003) han demostrado que los suicidas se caracterizan por presentar respuestas menos constantes y esforzadas y más respuestas automáticas, lo que implicaría que tienden a rendirse más fácilmente ante un estresor de difícil solución, así como a presentar respuestas poco planificadas en el momento de enfrentarlo. Ello conllevaría a soluciones inadecuadas que arrastran a la persona a adicionales y complejas situaciones estresantes cada vez más inmanejables, lo que, a su vez, refuerza ideas de baja autoeficacia así como estados de desesperanza, haciendo más factible la aparición de las ideas de suicidio (Gibb *et al.*, 2001).

Finalmente, las razones para vivir parecen instaurarse como el último recurso previo a la presencia de ideas de suicidio. Esta variable se ve afectada por la autoestima, implicando que si la persona no se valora de manera positiva, es muy posible que tampoco tenga razones para permanecer vivo (“*dado que no valgo nada, no importa si vivo o muero*”). El carecer de personas significativas en el medio social puede hacer también que el individuo no tenga un “punto de anclaje” (integración social) que le de sentido a permanecer vivo (“*¿por quién o para quien vivir?*”). Por último, las razones para vivir pueden verse afectadas por la desesperanza, pues si se instaura la idea de que en el futuro la vida será tan o más mala que en la actualidad, las razones para permanecer vivo pueden llegar a perder cualquier valor o significación a la hora de entrar a considerar al suicidio como una alternativa posible (“*cuando la vida es una humillación, el suicidio es una forma de muerte digna*”) (véase figura 40).

A este respecto, Gutierrez *et al.* (2002) encontraron que las razones para vivir tenían una fuerte relación con las ideas suicidas, denotando la presencia de un efecto directo sobre ellas. Demostraron también que las razones para vivir median el efecto de la desesperanza, así como se relacionan significativamente con la presencia de factores protectores frente a las conductas suicidas. Dvorov y Thorell (2004) consideran que tales razones para vivir hacen más probable que la persona resista al estrés y a la desesperanza, que no caiga en ideación suicida y, por lo tanto, no cometa suicidio.

En su relación teórica, las razones para vivir son un constructo relacionado de manera directa con afecto positivo, afrontamiento eficaz, satisfacción con la vida y expectativas frente al futuro y de manera inversa con depresión, desesperanza, ansiedad, estrés, ánimo negativo, soledad, afrontamiento ineficaz y pérdida de la capacidad de disfrutar la vida (Gutierrez *et al.*, 2002; Pinto, Whisman y Conwell, 1998; Sahin *et al.*, 1998).

Al ver las características del Modelo Integrador de la ideación suicida, se puede observar que tiene como eje central el submodelo de riesgo, cuyas variables

pueden recibir los efectos moduladores de las variables de protección. En ese sentido, se entra a considerar que la autoestima, el apoyo social y la solución de problemas tendrían un impacto moderador sobre la depresión y la desesperanza, disminuyendo la nocividad de su efecto sobre las ideas suicidas (véase figura 40).

Desde otra óptica, el modelo también entiende la presencia de ideas suicidas a partir de la lógica del déficit de factores de protección; es decir, tiene la capacidad de explicar que la baja autoestima y el bajo apoyo social pueden hacer más probable la aparición de la ideación suicida a través de las demás variables.

Igualmente, el modelo integra los hallazgos previos los cuales mencionan que son la desesperanza, la depresión, la solución de problemas y las razones para vivir las únicas variables que tienen efectos directos sobre las ideas suicidas, pero también que pueden complementarse con los efectos indirectos de las otras variables. Esta relación directa podría explicar el hecho de que sean esas 4 variables las de mayores coeficientes de correlación y de determinación con las ideas suicidas; mientras que las relaciones indirectas explicarían por qué razón las asociaciones con los eventos vitales estresantes, la autoestima y el apoyo social aparecen débiles.

El Modelo Integrador de la Ideación Suicida también da cabida a las asociaciones que se identifican como significativas desde los primeros análisis, a saber: a) eventos vitales estresantes y depresión, b) depresión y desesperanza, c) desesperanza y razones para vivir, d) apoyo social y razones para vivir y e) autoestima y solución de problemas, con lo cual se integran los resultados más significativos de las correlaciones.

Por lo anterior, se puede afirmar que el Modelo Integrador Explicativo de la ideación suicida es una propuesta sólida, coherente con la investigación científica en el tema del suicidio, y que responde a las características empíricas de la ideación suicida en la población de estudiantes de colegios y universidades de San Juan de Pasto.

Relaciones del Modelo Integrador Explicativo de la ideación suicida con otras propuestas teóricas

Tomando al modelo como un todo, se encuentra que guarda una gran relación con diferentes propuestas de modelos teóricos, validando su formulación y fortaleciendo la lógica de lo planteado en él.

En primer lugar, el Modelo Integrador guarda una muy estrecha relación con el Modelo de Diátesis-Estrés-Desesperanza, formulado por Schotte y Clum (1982, 1987), en el sentido de reconocer que el origen de las ideas suicidas está relacionado con la aparición de los eventos vitales estresantes, los cuales sobrecargan los recursos de afrontamiento del sujeto llevándolo a una situación de desesperanza, la que, a su vez, se convierte en el antecedente inmediato de las ideas suicidas. El Modelo Integrador toma en consideración estas mismas variables y su lógica, pero añade el papel de la autoestima y del apoyo social como variables protectoras, el papel de la depresión como un factor emocional predecesor de la desesperanza y, finalmente, la importante función de las razones para vivir como un último recurso de protección ante las ideas suicidas.

Otro modelo propuesto para la explicación de las conductas suicidas es la adaptación del modelo procesual del estrés (Sandín *et al.*, 1998; Villalobos-Galvis, 2007), frente al cual el Modelo Integrador reconoce la importancia de los acontecimientos estresantes como agentes disparadores del proceso. De igual manera, se encuentra a la autoestima y a la solución de problemas estrechamente ligadas al concepto de evaluación cognitiva (*appraisal*) secundaria, pues determinan la evaluación que la persona hace de sí misma y de sus propios recursos para manejar el ambiente. La depresión aparece relacionada con el componente emocional del modelo procesual, al cargar de afecto negativo a las relaciones entre las variables. Por su parte, el apoyo social se muestra como una variable moderadora que cataliza a las estrategias de afrontamiento, así como una

variable que amortigua los efectos de la depresión. Finalmente, la desesperanza aparece relacionada con la reevaluación cognitiva estresante, en virtud de la cual el individuo reconoce que sus esfuerzos son infructuosos, dando con ello paso a la consideración del suicidio como una última estrategia de afrontamiento a la situación estresante por la cual pasa.

Otro modelo explicativo de las conductas suicidas es el propuesto por Schneidman (citado por Villardón, 1993), en el cual se plantea que la naturaleza psicológica del suicidio es el escape de un intolerable dolor psicológico. Un primer componente de dicho modelo es la *alta hostilidad* hacia sí mismo. Este aspecto, se retoma de manera indirecta con la inclusión de la autoestima en el Modelo Integrador, pues se asume que la autodepreciación y una visión negativa de sí mismo son la base para justificar la autoagresión. Un segundo componente es la *perturbación*, la vivencia de estados emocionales negativos, que, en el caso del Modelo Integrador, se relacionan con la depresión. El tercer componente del modelo es la *constricción*, en virtud de la cual la persona se centra en la observación de los elementos negativos de su vida, situación que se incluiría en el modelo en la desesperanza y en el déficit en las habilidades de solución de problemas, pues son variables que se centran en las percepciones del sujeto acerca de su capacidad de generar cambios significativos en el ambiente. Finalmente, la inclusión de las razones para vivir implican una valoración inversa de la idea propuesta por Schneidman de que el suicida cree que el *cese de la conciencia* le brindará un descanso del dolor psicológico que vive (es decir, la razón para morir que tiene el suicida).

De igual manera, algunos autores han encontrado modelos que ofrecen una buena explicación de los datos referentes a la ideación suicida. Por ejemplo, el modelo de Konick y Gutiérrez (2005) incluye a los eventos vitales estresantes, la depresión, la desesperanza y las ideas suicidas. Al igual que en este modelo, en el Modelo Integrador se consideran estas variables, así como las relaciones entre eventos vitales y depresión y entre ésta y la desesperanza, de una parte, con la ideación suicida, de la otra. Las únicas diferencias radican en que en el modelo de

Konick y Gutiérrez (2005) se encuentran relaciones válidas entre los eventos vitales estresantes y la desesperanza, así como efectos directos de ésta sobre la depresión (véase figura 2). Por su parte, el Modelo Integrador encuentra que los efectos de los eventos vitales sobre la desesperanza son indirectos, fundamentalmente mediados por la depresión y por las variables protectoras. Finalmente, la propuesta de estos autores no toma en cuenta el papel modulador que pueden llegar a tener las razones para vivir.

Por su parte, Sun *et al.* (2006), en su modelo de la ideación suicida, reconocen que los acontecimientos estresantes, la autoestima y el apoyo social tienen un efecto directo sobre la depresión y, a través de ésta, un efecto indirecto sobre las ideas suicidas (véase figura 3). Por su parte, el modelo integrador reconoce las mismas vías causales, pero incluye la complejidad que implica la integración de la desesperanza, la solución de problemas y las razones para vivir, en la explicación de las ideas suicidas.

Por otra parte, en el modelo de estrés familiar en la predicción de las ideas suicidas, propuesto por Yoder y Hoyt (2005), se demuestra que los eventos vitales estresantes tienen efectos directos sobre la depresión y la autoestima, las cuales interactúan entre sí y tienen un efecto directo sobre las ideas suicidas (véase figura 4). En comparación con dicho modelo, el Modelo Integrador encuentra las mismas relaciones, y solamente hay una diferencia que tiene que ver con la trayectoria directa entre autoestima e ideas suicidas, pues en este último modelo dicho efecto siempre es indirecto. Esto se puede explicar por el hecho de que la inclusión de variables como la desesperanza o la solución de problemas, con las cuales la autoestima tiene relaciones importantes, hace que su efecto directo vaya disminuyendo hasta llegar a niveles no significativos.

Por su parte, el modelo predictivo de las ideas suicidas propuesto por Yang y Clum (1994), reconoce que existen dos vías que explican las ideas suicidas, ante la vivencia de estresores vitales. La primera es la secuencia establecida entre solución de problemas y desesperanza que a su vez conllevan a la depresión;

mientras que la segunda implican al apoyo social y la depresión (véase figura 5). En relación con este modelo, el Modelo Integrador encuentra que el apoyo social y los eventos vitales estresantes no tienen relaciones directas con la ideación suicida, situación que sí se presenta con la depresión. De igual manera, en ambos modelos se dan asociaciones entre las variables que los componen. No obstante, existen algunas diferencias importantes: en primer lugar, en el Modelo Integrador la solución de problemas y la desesperanza sí tienen un efecto directo sobre las ideas suicidas. En segundo lugar, este modelo no tiene en cuenta el papel de la autoestima, ni el de las razones para vivir, como variables predictoras importantes de las ideas suicidas.

Por último, Dieserud *et al.* (2001) proponen un modelo psicológico integrador del intento de suicidio (véase figura 9), el cual implica dos líneas causales: la primera, que lleva a la ideación suicida, está compuesta por eventos vitales, aislamiento (déficit de apoyo social), depresión y desesperanza; mientras que la segunda abarca la interrelación entre apoyo social y autoestima, que tienen efectos directos sobre la solución de problemas, que a su vez afecta directamente al intento de suicidio.

Si bien es cierto que el modelo de Dieserud *et al.* (2001) es un modelo predictivo del intento de suicidio, llama la atención que comparte varios elementos claves con el Modelo Integrador:

1. Parten de la vivencia de eventos vitales estresantes.
2. Reconocen la asociación entre autoestima, apoyo social y solución de problemas.
3. Se encuentra en ellos la presencia de la depresión como antecesora de la desesperanza.
4. Se identifica el efecto (ya sea directo o indirecto) de la autoestima y el apoyo social sobre la depresión.

En cuanto a las diferencias, el modelo de Dieserud *et al.* (2001) no encuentra relaciones entre solución de problemas (por una parte) y la depresión y

la desesperanza (por la otra). Tampoco reconoce que el apoyo social y la autoestima tengan efectos directos (aunque sí indirectos) sobre la desesperanza. Finalmente, el Modelo Integrador implica a las razones para vivir, variable no considerada en el otro modelo.

Como puede observarse, el Modelo Integrador Explicativo de la Ideación Suicida guarda relaciones muy estrechas con otras propuestas predictivas de las ideas suicidas, comprobándose que sus planteamientos guardan una estructura y una secuencia avalada por otros investigadores. Las diferencias encontradas con estas otras propuestas radican fundamentalmente en las variables incluidas, así como en los instrumentos de medida y las poblaciones considerados en cada estudio.

Parafraseando a Rudd *et al.* (1996), se puede afirmar que el Modelo Integrador Explicativo de la ideación suicida es una buena alternativa teórica ya que: a) cuenta con un buen nivel explicativo de los resultados de la muestra de estudio, b) se apoya en resultados empíricos consistentes que proporcionan evidencias a favor de la inclusión válida de las variables que lo componen, c) integra algunas variables distintas en un modelo cohesionado y teóricamente sólido, d) es un modelo teóricamente consistente con trabajos previos de teóricos cognitivo-comportamentales en el tema de las ideas suicidas, y e) identifica, explora y expande el conocimiento acerca de variables teóricamente potentes, que, a la postre, pueden ser utilizadas para orientar acciones de intervención.

Una propuesta complementaria: el modelo reducido

Sin embargo, a pesar de que el Modelo Integrador Explicativo de la ideación suicida ofrece un muy buen nivel de ajuste de los datos en casi todos los grupos, no alcanza a ser una buena propuesta para los de la adolescencia temprana y media, así como para estudiantes de secundaria, los cuales constituyen un grupo del alto riesgo para el suicidio en la ciudad de San Juan de Pasto. Por ello, se vio

la necesidad de continuar explorando en pro de un modelo que ofreciera aún mejores indicadores.

El modelo resultante se denominó Modelo Reducido, en el cual intervienen cuatro variables solamente: los eventos vitales estresantes, la depresión, la solución de problemas y la desesperanza.

En su secuencia, el modelo inicia con la presencia de eventos vitales estresantes que se relacionan directamente con la depresión y las habilidades de solución de problemas, las que, a su vez, convergen en la desesperanza. Finalmente, las ideas suicidas reciben los efectos directos de la depresión, la habilidad de solución de problemas y la desesperanza (véase figura 41).

Cuando se revisa la composición y la estructura del modelo reducido se encuentra que es una adaptación del modelo diátesis-estrés-desesperanza, propuesto por Schotte y Clum (1982, 1987). La única variación es la inclusión de la depresión como una variable que media entre los eventos vitales estresantes y la desesperanza. Sin embargo, dada la alta relación existente entre depresión y desesperanza, se puede asumir que las dos podrían integrarse y, así, se replicaría tal modelo teórico.

El Modelo Reducido tuvo valores de ajuste muy cercanos al modelo integrador. Sin embargo, casi en todos los grupos, todas las relaciones causales propuestas fueron significativas, lo que apoya su validez explicativa. En especial, se valora la mejoría de los indicadores alcanzados por los grupos de adolescencia media y estudiantes de secundaria, para quienes el modelo integrador no resultaba del todo potente.

Sin embargo, el Modelo Reducido tampoco ajustó (como se esperaba) los datos del grupo de adolescencia temprana, siendo comparable a los resultados ofrecidos por el Modelo Integrador y por el submodelo de Factores de Riesgo. No obstante, se puede afirmar que el Modelo Reducido es una alternativa teórica al

Modelo Integrador Explicativo de las ideas suicidas, que también resulta válida en estudiantes de colegios y universidades de la ciudad de San Juan de Pasto.

CONCLUSIONES

El presente trabajo, permitió la identificación de un modelo psicológico explicativo de la ideación suicida en estudiantes de colegios y universidades de la ciudad de San Juan de Pasto – Colombia. El Modelo Integrador Explicativo de la ideación suicida alcanzó altos índices de bondad de ajuste, demostrando con ello que es una alternativa válida para la explicación del fenómeno de los pensamientos de suicidio en la población estudiada.

Se valida igualmente la inclusión de los eventos vitales estresantes, la depresión, la desesperanza, la autoestima, el apoyo social, la solución de problemas y las razones para vivir como variables importantes a la hora de predecir las ideas suicidas. Si bien es cierto que algunas variables “menores” no fueron predictores constantes a lo largo de todos los grupos, todas ellas tuvieron participación significativa en la mayoría de los modelos calculados en el estudio.

A este respecto, el Modelo Integrador de la ideación suicida se convierte en una propuesta cuyos elementos resultan todos ellos relevantes, mas no redundantes, en la predicción de dicho fenómeno. En otras palabras, si bien es cierto que el modelo es complejo (implica a 7 variables predictivas), ninguna de ellas puede ser eliminada del análisis o absorbida por alguna otra, pues su aporte resulta importante en la función explicativa que cumple el modelo.

En este estudio se destacan la *desesperanza*, la *depresión*, las *razones para vivir* y la *solución de problemas* como variables críticas en la predicción de las ideas suicidas, apoyando los hallazgos previos de la literatura científica. Dentro de ellas, la *desesperanza* es la variable predictora más importante de la ideación suicida, pues su aporte supera ampliamente el ofrecido por las otras variables.

Por otro lado, los eventos vitales estresantes, el apoyo social y la autoestima son variables “menores”, cuya importancia cambia a través de los diferentes grupos de estudio, reflejando así algunos “matices” evolutivos o demográficos

necesarios para comprender las particularidades del fenómeno suicida en la población de estudio.

Ahora bien, el uso del análisis de trayectorias permitió comprobar de manera más elocuente la coherencia interna de los modelos propuestos, a la vez que llevó a la generación del Modelo Integrador de la ideación suicida, comprobando asociaciones y permitiendo la identificación de nuevas relaciones entre las variables, para lograr, de esta forma, la formulación de un modelo consistente y válido en la población de estudio. El uso de técnicas de investigación multivariada y causal es un importante avance a la consolidación de modelos que, desde la Psicología, pretendan explicar el origen y funcionamiento de algunos fenómenos humanos objeto de estudio.

El Modelo Integrador Explicativo de la ideación Suicida guarda relaciones muy cercanas con otras propuestas teóricas y empíricas que pretendían la explicación de las ideas suicidas, consolidando así su fundamentación científica. La propuesta de nuevas relaciones surgió del contacto del investigador con la problemática y se sustentó en los resultados estadísticos para, a partir de ello, abocar por una forma lógica de entender de qué manera aparecen las ideas suicidas en los estudiantes de San Juan de Pasto.

Desde otra óptica, resulta de gran relevancia cómo se da esa estrecha relación entre factores de protección (autoestima, apoyo social, solución de problemas y razones para vivir) con las variables de riesgo (eventos vitales estresantes, depresión y desesperanza). Un aporte importante de esta investigación es demostrar que las variables protectoras “menores” (apoyo social y autoestima) son de crucial importancia en los momentos iniciales del proceso; mientras que las protectoras “críticas” (solución de problemas y razones para vivir) cobran su mayor importancia al afectar directamente a las ideas suicidas. Con ello se puede pensar que no será lo mismo prevenir en momentos iniciales que hacerlo una vez iniciado el proceso suicida.

El interés exploratorio del estudio, la coherencia con otras teorías e investigaciones, así como la solidez de los resultados estadísticos hallados, permite dar el paso hacia la formulación de hipótesis causales más consolidadas en cuanto al origen de los pensamientos de suicidio en la población de estudio. A este respecto, se puede afirmar que las propuestas que pretendan la prevención de las ideas suicidas deben incluir, por lo menos, a las variables críticas y, preferentemente, a las variables menores, con miras a garantizar los mejores resultados posibles.

SUGERENCIAS Y RECOMENDACIONES

El sentido de la generación de nuevos conocimientos debe ser, a su vez, el de hacer evidentes nuevos vacíos en el conocimiento científico. Así pues, sólo una vez embarcado en el río caudaloso del proceso de investigación, el investigador se da cuenta de muchos recursos o elementos importantes que quedan en la orilla, pero de los cuales no pudo ser consciente al salir del puerto.

Un primer elemento que no se consideró en el estudio y que requiere mayor investigación es que algunos autores proponen que la ideación suicida y la tentativa de suicidio corresponden a dos fenómenos diferentes, aunque relacionados. Si bien el presente trabajo da luces sobre el primer tema, genera nuevas dudas sobre el segundo, pues no se tienen certezas acerca de si las variables incluidas son igualmente relevantes en ese nuevo panorama. Por ende, se requieren estudios que aclaren esta situación y comprueben la validez del modelo en la predicción, ahora, de los intentos de suicidio y, por qué no, de los mismos suicidios consumados.

De igual forma, se requiere un mayor análisis de las razones por las cuales ninguno de los modelos evaluados en el presente estudio alcanzó los niveles pretendidos de ajuste de los datos en el grupo de 11 a 13 años (adolescencia temprana). Una posible alternativa sería estudiar la pertinencia de evaluar variables complejas como la desesperanza, la depresión, la solución de problemas, etc, en esta etapa vital. También se pueden considerar otros modelos estadísticos que permitan el análisis de casos de baja frecuencia, pues las investigaciones epidemiológicas plantean que es a partir de los 14 años que se da un aumento significativo de las conductas suicidas, hasta ese momento, prácticamente inexistentes.

Una reflexión que ha surgido a lo largo de este tiempo de trabajo sobre el suicidio, es que no se puede suponer que sea un fenómeno netamente individual. La participación en la cultura y la integración en una sociedad con unas

características particulares harán más o menos propensa a una persona a presentar conductas suicidas. Un aspecto importante, pero recientemente hallado, es la actitud hacia el suicidio. Parece ser que el valor cultural y social que represente el suicidio puede ser un factor que afecte a su consideración en un momento determinado de la vida. Si la sociedad es dura a la hora de criticarlo como opción humana, será poco probable que los miembros de esa sociedad lo consideren, pero si, de lo contrario, es considerada como un valor, se hará más probable su inclusión en el repertorio cognitivo y comportamental del individuo. Investigaciones futuras deberán tomar en consideración este análisis.

En el fenómeno del suicidio, puede llegar a ser reduccionista suponer que los factores de riesgo están solamente en la esfera de lo situacional. A este respecto, cobran mayor importancia los elementos psicobiológicos de la personalidad, pues variables como la hostilidad, la activación o la adaptación a nuevas situaciones, pueden ejercer un papel importante en la forma en que los individuos se ubiquen frente a su vida y en el sentido que le hallen a su existencia. Obviamente será diferente el panorama del suicidio para alguien que viva la vida como una constante lucha ante los cambios y las adversidades, estando altamente preocupado o angustiado por “sobrevivir” y requiriendo de estrategias desesperadas para “salir a flote” de su día a día, frente a otra persona tranquila, que si bien se estresa por los cambios, no sufre por ellos, y en cuyo proceso adaptativo la felicidad y la satisfacción con la vida son un estado constante y no una meta por alcanzar.

En relación con esto último, en el presente estudio se hizo énfasis en incluir variables protectoras que permitieran ver el fenómeno no sólo desde una óptica negativa o psicopatológica, sino que abriera la posibilidad de nuevas luces y propuestas desde el lado optimista y de las capacidades de las personas. Así pues, se encontró el importante valor de las razones para vivir, pero otras variables como la satisfacción con la vida, la felicidad o la misma “resistencia” (*resilience*) frente al suicidio, deberán tener un espacio en futuros estudios.

Esta última variable (*resilience*) requiere un comentario adicional. En los últimos años de la investigación, se tuvo la oportunidad de acercarse a su sentido, siendo éste la posibilidad que tiene el individuo de sobreponerse, recuperarse y adaptarse de nuevo a unas circunstancias difíciles en las cuales la idea o el intento del suicidio alcanzaron a estar presentes como alternativa válida. Se requiere de una nueva visión que no vea al suicidio como un fenómeno del cual no se puede volver, una vez que se ha llegado allí, sino que debe dársele la oportunidad al ser humano de salir adelante y hallar nuevos sentidos a la vida, en los cuales la cercanía a la muerte sea, más que un sino, una experiencia que permita valorar más la existencia con sentido.

En relación con las características culturales, el consumo de sustancias psicoactivas es otro aspecto que deberá ser incluido en posteriores investigaciones, pues es un problema patente en la población joven de San Juan de Pasto. Algunos autores lo asocian más con la presencia de tentativas de suicidio, al ser desinhibidores de la conducta autolesiva, pero cabe preguntarse si no puede ser también una estrategia de afrontamiento que propende por la reducción del dolor psicológico de algunos estresores (afrontamiento centrado en la emoción), o el fortalecimiento percibido de algunas estrategias de adaptación que en otras circunstancias no podrían ni siquiera intentarse (afrontamiento centrado en el problema).

En el plano del impacto social de este estudio, y siguiendo el esquema de Cornes *et al.* (2004), se puede plantear que las acciones de salud pública se orienten al fortalecimiento de la autoestima y del apoyo social, como variables protectoras relacionadas con el bienestar de las personas, lo que implicaría un nivel de *prevención proactiva centrada en el sujeto*, cuyo objetivo es que los individuos no sufran los efectos negativos de una posible exposición a factores de riesgo. De igual forma, proponer acciones de cribado y atención de los estudiantes que han estado sometidos a estresores vitales importantes o que hayan presentado cuadros depresivos o de desesperanza, fomentando en ellos formas cada vez más adaptativas de afrontar las situaciones difíciles de la vida así como el

fortalecimiento de las variables protectoras que modulen su efecto, lo cual responde a la lógica de una *prevención primaria reactiva*, en la que se atiende a sujetos en riesgo de presentar ideas suicidas. Finalmente, frente a los casos de personas que ya han presentado tal tipo de ideación, se requiere de acciones de *prevención secundaria reactiva*, centradas en la intervención de las variables críticas, a saber, el control y manejo de la depresión y la desesperanza, así como el fortalecimiento y la promoción de la habilidad para resolver problemas y de las razones para vivir.

Este estudio se llevó a cabo con población escolarizada, sin embargo, se requiere conocer si el fenómeno de la ideación suicida se comporta de manera similar o diferente en población desescolarizada y en población no escolarizada. En otras palabras, se debe ver el efecto de la integración social (escolarización), ya que es una de las variables críticas planteadas desde la sociología y que permitiría ver el problema de las ideas suicidas en población de menores desertores del sistema educativo. De igual manera, se debe ver el efecto de la cultura, transmitida a través de la escuela, para ver los riesgos o las fortalezas que genera, en comparación con la población joven que no ha tenido la oportunidad de hacer parte de dicho sistema escolar.

Finalmente, las estadísticas de suicidio en San Juan de Pasto, identifican a otro grupo de riesgo para la conducta suicida (de 25 a 45 años). El estudio de este grupo poblacional, heterogéneo y de difícil ubicación, será una necesidad de conocimiento que deberá ser suplida en otros estudios.

En conclusión, queda la sensación de que si bien se halló al Modelo Integrador de la ideación suicida como una propuesta teórica válida para la explicación de tal fenómeno en la población de estudiantes de San Juan de Pasto, se generan nuevas dudas que llevan a nuevas necesidades de investigación, que, a la postre, permitan una mejoría de las condiciones de vida de la población pastusa. ¡Ese es el nuevo reto social y científico a abordar!

REFERENCIAS

- Abela, J., Brozina, K. y Seligman, M. (2004) A test of integration of the activation hypothesis and the diathesis-stress component of the hopelessness theory of depression. *British Journal of Clinical Psychology*, 43, 111 – 128.
- Abramson, L., Alloy, L., Hogan, M., Withehouse, W., Gibb, B. y Hankin, B. (2000) The Hopelessness theory of suicidality. En T. Joiner y D. Rudd (dirs.), *Suicide science. Expanding the boundaries* (pp. 17-32). Boston: Kluwer Academic.
- Abramson, L., Alloy, L., Hankin, B., Haefffel, G., MacCoon, D. y Gibb, B. (2002) Cognitive vulnerability-stress models of depression in self-regulatory and psychobiological context. En I. Gotlib y C. Hammen (dirs.), *Handbook of depression* (pp. 268- 294). Nueva York: Guilford.
- Abramson, L., Metalsky, G. y Alloy, L. (1989) Hopelessness depression: A theory-based subtype of depression. *Psychological Review*, 96, 358 – 372.
- Abramson, L., Seligman, M. y Teasdale, J. (1978) Learned helplessness in humans: Critique and reformulation. *Journal of Abnormal Psychology*, 87, 49 – 74.
- Agnew, R. (1998) The approval of suicide: A social-psychological model. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 2, 205-225.
- Aish, A. y Wasserman, D. (1989). Does Beck's Hopelessness Scale really measure several components? *Psychological Medicine*, 31, 367 – 372.
- Aliaga, J., Rodríguez de los Ríos, L., Ponce, C., Frisancho, A., y Enríquez, J. (2006) Escala de desesperanza de Beck (BHS): Validación y características psicométricas, *Revista IIPSI*, 9, 69-79.
- Alloy, L. y Clements, C. (1998) Hopelessness Theory of Depression: Test of the symptom component. *Cognitive Therapy and Research*, 22, 303 – 335.
- American Psychiatric Association (2000) *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, Fourth Edition - Text Revision (DSM-IV-TR). Washington, DC: APA.
- Apter, A. y Freudenstein, O. (2000) Adolescent suicidal behaviour: psychiatric populations. En K. Hawton y K. Van Heeringen (dirs.), *The international handbook of suicide and attempted suicide* (pp. 261 – 273). Chichester: Wiley.
- Arie, M., Apter, A., Orbach, I., Yefet, Y. y Zalzman, G. (2008) Autobiographical memory, interpersonal problem-solving and suicidal behaviour in adolescents inpatients. *Comprehensive Psychiatry*, 49, 22-29.
- Ávila, M., Heredia, M., Gómez, E., y Martínez, L. (2006) Confiabilidad interna y estabilidad temporal del Cuestionario de Sucesos de Vida para Adolescentes en estudiantes mexicanos. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 11, 97 – 113.
- Ayyash-Abdo, H. (2002) Adolescent suicide: An ecological approach. *Psychology in the schools*, 39, 459 – 475.
- Barón, O. (2000) Adolescencia y suicidio. *Psicología desde el Caribe*, 6, 48 – 69.
- Barrón, A. (1996) *Apoyo social. Aspectos teóricos y aplicaciones*. Madrid: Siglo XXI.
- Barrón, A. y Sánchez, E. (2001) Estructura social, apoyo social y salud mental. *Psicothema*, 13, 17-23.

- Beane, J. y Lipka, R. (1984) *Self-concept, self-esteem and the curriculum*. Newton: Allyn and Bacon.
- Bearman, P. y Moody, J. (2004) Suicide and friendships among american adolescents. *American Journal of Public Health*, 94, 89-95.
- Beck, A., Brown, G., Berchick, R., Stewart, B. y Steer, R. (1990) Relationship between hopelessness and ultimate suicide: A replication with psychiatric outpatients. *The American Journal of Psychiatry*, 147, 190 – 195.
- Beck, A., Kovacs, M. y Weissman, A. (1996) Hopelessness and suicidal behavior. En J. Maltzberger y M. Goldblatt (dirs.), *Essential papers on suicide* (pp. 331-341). Nueva York: University Press.
- Beck, A., Rusch, A., Shaw, B. y Emery, G. (1980) *Terapia cognitiva de la depresión*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Beck, A., Steer, R.A., Beck, J. y Newman, C. (1993) Hopelessness, depression, suicidal ideation and clinical diagnosis of depression. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 23, 139 – 145.
- Beck, A., Weissman, A., Lester, D. y Trexler, L. (1974) Measurement of pessimism, the Beck Hopelessness Scale. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 42, 861 – 865.
- Bhar, S., Ghahramanlou-Halloway, M., Brown, G. y Beck, A. (2008) Self esteem and suicide ideation in psychiatric outpatients. *Suicide & Life-Threatening Behavior*, 38, 511- 516.
- Bille-Brahe, U. (2000) Sociology and suicidal behaviour. En K. Hawton y K. Van Heeringen (dirs.), *The international handbook of suicide and attempted suicide* (pp. 193 – 207). Chichester: Wiley.
- Blaauw, E., Arensman, E., Kraaij, V., Winkel, F. y Bout, R. (2002) Traumatic life events and suicide risk among jail inmates. The influence of types of events, time period and significant others. *Journal of Traumatic Stress*, 15, 9 - 16.
- Blazer, D., Burchett, B., Service, C. y George, L. (1991) The association of age and depression among the elderly: An epidemiological exploration. *Journal of Gerontology: Medical Sciences*, 46, M210 – M215.
- Bobes, J., González, J. y Saíz, P. (1997) *Prevención de las conductas suicidas y parasuicidas*. Barcelona: Masson.
- Buendía, J., Riquelme, A., y Ruiz, J. (1996) Estrés y suicidio en la adolescencia. En J. Buendía (dir.), *Psicopatología en niños y adolescentes: Desarrollos actuales* (pp. 293 – 308). Madrid: Pirámide.
- Buendía, J., Riquelme, A., y Ruiz, J.A. (2004) *El suicidio en adolescentes: Factores implicados en el comportamiento suicida*. Murcia: Universidad de Murcia, Servicio de publicaciones.
- Calero, M., Luna, M., Vera-Villarroell, P. y González, M. (2001) Un estudio del Inventario de Solución de Problemas Sociales (Social Problem-Solving Inventory-R, SPSI-R). *Psicología Conductual*, 9, 373 – 387.
- Calvo, F. y Díaz, M. (2004) Apoyo social percibido: Características psicométricas del cuestionario Caspe en una población urbana geriátrica. *Psicothema*, 16, 570 – 575.
- Canetto, S. y Sakinofsky, I (1998) The gender paradox in suicide. *Suicide and Life-threatening Behavior*, 28, 1 – 23.

- Cardenal, V. y Fierro, A. (2003) Componentes y correlatos del autoconcepto en la escala de Piers-Harris. *Estudios de Psicología*, 24, 101 – 111.
- Catena, A., Ramos, M. y Trujillo, H. (2003) *Análisis Multivariado. Un manual para investigadores*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- Carrigan, T. (1994) The psychosocial needs of patients who have attempted suicide by overdose. *Journal of Advanced Nursing*, 20, 635 – 642.
- Carris, M., Sheeber, L. y Home, S. (1998) Family rigidity, adolescent problem-solving deficits and suicidal ideation. A mediational model. *Journal of Adolescence*, 21, 459 – 472.
- Cassidy, T. (1999) *Stress, Cognition and Health*. Londres: Rout Ledge.
- Cavanagh, J., Owens, D. y Johnstone, E. (1999) Life events in suicide an undetermined death in south-east Scotland: a case-control study using the method of psychological autopsy. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 34, 645 - 650.
- Clemente, M. y González, A. (1996) *Suicidio: Una alternativa social*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- Clum, G. y Febbraro, G. (1994) Stress, social support and problem-solving appraisal/skills: Prediction of the suicide severity within a collage simple. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 16, 69 – 83.
- Clum, G., Canfield, D., Arsdel, M., Yang, B., Febbraro, G. y Wright, J. (1997) An expanded etiological model for suicide bahavior in adolescents: Evidence for its specificity relative to depression. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 19, 207 – 222.
- Clum, G., Esposito, C., Hirai, M. y Nelson, W. (2000) The relative contribution of diagnostic and psychosocial variables to severity of suicidal ideation. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 22, 79 – 90.
- Cohen, S. y Wills, T. (1985) Stress, social support and the buffering hypothesis. *Psychological Bulletin*, 98, 310-357.
- Cole, D. (1988) Hopelessness, social desirability, depression and parasuicide in two college student samples. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56, 131-136.
- Connel, D. y Meyer, R. (1991) The Reasons for Living Inventory and a college population: Adolescent suicidal behaviours, beliefs, and coping skills. *Journal of Clinical Psychology*, 47, 485 – 489.
- Cooper, J., Appleby, L. y Amos, T. (2002) Life events preceding suicide by young people. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 37, 271 – 275.
- Córdova, M., Rosales, J. y Eguiluz, L. (2006) Didáctica constructiva de una escala de desesperanza, *Enseñanza e investigación en Psicología*, 10, 311 - 324.
- Cornes, J., Fernández-Ríos, L., Arauxo, A. y Pedrejón, C. (2004) Ciencia de la prevención: Fundamentos y perspectivas. Implicaciones en Psicología. *Rev. Psiquiatría Fac Med Barna*, 31, 86 –95.
- Chang, E. (2002a) Examining the link between perfectionism and psychological maladjustment: Social problem solving as a buffer. *Cognitive Therapy and Research*, 26, 581 – 595.
- Chang, E. (2002b) Predicting suicide ideation in an adolescent population: examining the role of social problem solving as a moderator and a mediator. *Personality and Individual Differences*, 32, 1279 – 1291.

- Chávez, A., Pérez, R., Macías, L. y Páramo, D. (2004) Ideación e intento suicida en estudiantes de nivel medio superior de la Universidad de Guanajuato. *Acta Universitaria*, 14, 12 – 20.
- Cheng, S. y Chang, A. (2007) Multiple pathways from stress to suicidality and the protective effect of social support in Hong Kong adolescents. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 37, 187 – 196.
- Cheung, C.K. y Bagley, C. (1998). Validating an American Scale in Hong Kong: The Center for Epidemiological Studies Depression Scale (CES-D). *The Journal of Psychology*, 132, 169 – 186.
- Chichinov, H., Wilson, K., Enns, M. y Lander, S. (1998) Depression, hopelessness and suicidal ideation in the terminally ill. *Psychosomatics*, 39, 366 – 370.
- Chioqueta, A. y Stiles, T. (2007) The relationship between psychological buffers, hopelessness and suicidal ideation. Identification of protective factors. *Crisis*, 28, 67-73.
- Chopin, E., Kerkhof, A., y Arensman, E. (2004) Psychological dimensions of attempted suicide: Theories and data. En D. De Leo, U. Bille-Brahe, A. Kerkhof y A. Schmidtke (dirs.) *Suicidal behaviour: Theories and research findings* (pp. 41- 60). Göttingen, Germany: Hogrefe & Huber.
- D’Zurilla, T., Nezu, A. y Maydeu-Olivares, T. (1997) Manual for the social problem solving inventory - revised. North Tonowanda, Nueva York: Multi-Health System.
- D’Zurilla, T. y Nezu, A. (2001) Problem-solving therapies. En K. Dobson (dir.) *Handbook of cognitive-behavioral therapies* (pp. 211 – 245). 2ª Ed. Nueva York: Guilford.
- De Leo, D., Burgis, S., Bertolote, J.M., Kerkhof, A., y Bille-Brahe, U. (2004) Definitions of suicidal behaviour. En D. De Leo, U. Bille-Brahe, A. Kerkhof y A. Schmidtke (Eds.) *Suicidal Behaviour. Theories and Research Findings* (pp. 17 – 40). Göttingen, Germany: Hogrefe & Huber Publishers.
- De Man, A. (1999) Correlates of suicide ideation in high school students: The importance of depression. *The Journal of Genetic Psychology*. 160, 105 - 114.
- De Wilde, E. (2000) Adolescent suicidal behaviour: a general population perspective. En K. Hawton y K. Van Heeringen (Eds.) *The International Handbook of Suicide and Attempted Suicide* (pp. 249 – 259). Chichester: Wiley.
- De Wilde, E., Kienhorst, I. y Diekstra, R. (1996) El suicidio en la adolescencia. En J. Buendía (dir.) *Psicopatología en niños y adolescentes: Desarrollos actuales* (pp. 309 – 332). Madrid: Pirámide.
- De Wilde, E., Kienhorst, I., Diekstra, R. y Wolters, W. (1992) The relationship between adolescent suicidal behaviour and life events in childhood and adolescence. *American Journal of Psychiatry*, 149, 45 – 51.
- Dean, P., Range, L. y Goggin, W. (1996) The escape theory of suicide in college students: Testing a model that includes perfectionism. *Suicide and Life-threatening Behavior*, 26, 181-186.
- Díaz-Suárez, J., Sáiz-Martínez, P., Bousoño-García, M., y Bobes-García, J. (1997) Concepto y clasificación de las conductas suicidas. En J. Bobes, J.

- González, y P. Sáiz (Dirs.) *Prevención de las conductas suicidas y parasuicidas* (pp. 13 – 20). Barcelona: Masson.
- Diekstra, R. F. W. (1989). Suicidal behavior in adolescents and young adults: The international picture. *Crisis*, 10, 16-35
- Diekstra, R. y Garnefski, N. (1995) On the nature, magnitude and causality of suicidal behaviors: An international perspective. *Suicide and Life-threatening Behavior*, 25, 36.
- Dieserud, G., Roysamb, E., Eneberg, O. y Kraft, P. (2001) Toward an integrative model of suicide attempt: A cognitive psychological approach. *Suicide and Life-threatening Behavior*, 31, 153-168.
- Dixon, W., Heppner, P., y Anderson. W. (1991) Problem-solving appraisal, stress, hopelessness and suicide ideation in a college population. *Journal of Counselling Psychology*, 38, 51-56.
- Dori, G. y Overholser, J. (1999) Depression, hopelessness and self-esteem: Accounting for suicidality in adolescent psychiatric inpatients. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 29, 309 – 318.
- Dovrov, E. y Thorell, L. (2004) Reasons for living – translation, psychometric evaluation and relationships to suicidal behaviour in a Swedish random sample. *Nordic Journal of Psychiatry*, 58, 277 – 285.
- Dowd, E.T. (2004) Depression: Theory, assessment and new directions in practice. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 4, 413 - 323.
- Durkheim, E. (1989) *El suicidio*. Madrid: Akal Editora (Original publicado en 1897).
- Edman, J., Danko, G., Andrade, N., McArdle, J., Foster, J. y Glipta, J. (1999) Factor structure of the CES-D (Center for Epidemiological Studies Depression Scale) among Filipino-American adolescents. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 34, 211 – 215.
- Eldeleklioglu, J. (2006) The Relationship between the Perceived Social Support and the Level of Depression and Anxiety in University Students. *Educational Sciences: Theory and Practice*, 6, 742 – 752.
- Eskin, M., Ertekin, K., Dereboy, C., y Demirkiran, F. (2007) Risk factors for and protective factors against adolescent suicidal behavior in Turkey. *Crisis*, 28, 131 – 139.
- Field, T., Diego, M. y Sanders, C. (2001) Adolescent suicidal ideation. *Adolescence*, 36, 241- 248.
- Fennig, S., Geva, K., Zalsman, G., Wizman, A., Fennig, S. y Apter, A. (2005) Effect of gender on suicide attempters versus non attempters in an adolescents inpatient unit. *Comprehensive Psychiatry*, 46, 90 - 97.
- Figueras, A. (2006) *Evaluación multi-método y multi-informante de la sintomatología depresiva en niños y adolescentes*. Tesis Doctoral no publicada. Universidad de Barcelona. Barcelona, España.
- Freud, S. (1920) *Más allá de principio del placer*. Madrid: Alianza.
- Freud, S. (1989) *Duelo y melancolía*. Obras completas. Buenos Aires: Amorrortu (Original publicado en 1917).
- Gibb, B., Alloy, L., Abramson, L., Rose, D., Withehouse, W. y Hogan, M. (2001) Childhood maltreatment and college student's current suicidal ideation: A

- test of the hopelessness theory. *Suicide and Life-threatening Behavior*, 31, 405-415.
- Glanz, L., Haas, G. y Sweeney, J. (1995) Assessment of hopelessness in suicidal patients. *Clinical Psychology Review*, 15, 49 - 64.
- Golding, J.M. y Aneshensel, C.S. (1989) Factor structure of the Center for Epidemiological Studies Depression Scale among Mexican-americans and non-hispanic whites. *Psychological Assessment: A Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 3, 163 – 168.
- Goldney, R., Winefield, A., Tiggemann, M., Winefield, H. y Smith, S. (1989). Suicidal ideation in a young adult population. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 79, 481-489.
- Gómez, L., Pérez, M., y Vila. J. (2001) Problemática actual del apoyo social y su relación con la salud: Una revisión. *Psicología Conductual*, 9, 1, 5-38.
- González-Forteza, C. Mariño, M. C., Mondragón, L. y Medina-Mora, M. E. (2000). Intento suicida y uso del tiempo libre en adolescentes mexicanos. *Psicología Conductual*, 8, 147-152.
- González-Forteza, C., Ramos, L., Caballero, M. y Wagner, F. (2003) Correlatos psicosociales de depresión, ideación e intento suicida en adolescentes mexicanos. *Psicothema*, 15, 524 – 532.
- González-Forteza, C., Ramos, L., Vignau, L. y Ramírez, C. (2001) El abuso sexual y el intento suicida asociados con el malestar depresivo y la ideación suicida de los adolescentes. *Salud Mental*, 24, 16 – 25.
- Goraigordobil, M., Durá, A. y Pérez, J. (2005) Psychopathological symptoms, behavioral problems and self concept/self-esteem: A study of adolescents aged 14 to 17 years. *Annuary of Clinical and Health Psychology*, 1, 53 – 63.
- Grayson, D., McKinnon, A., Jorm, A., Creasey, H. y Broe, G. (2000) Item bias in the Center for Epidemiological Studies Depression Scale: Effects of physical disorders and disability in an elderly community sample. *Journal of Gerontology: Psychological Sciences*, 55B, P273 – P282.
- Groholt, B., Ekenberg, O., Wichstrom, L. y Haldorsen, T. (2005) Suicidal and non-suicidal adolescents: Different factors contribute to self-esteem. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 35, 525 – 535.
- Guarnaccia, P., Angel, R. y Worobey, J. (1989) The Factor Structure of the CES-D in the Hispanic Health and Nutrition Examination Survey. *Social Science and Medicine* 29, 85 – 94.
- Guillon, M., Crocq, M. y Bailey, P. (2003) The relationship between self-esteem and psychiatric disorders in adolescents. *European Psychiatry*, 18, 59 – 62.
- Gupta, S. y Gupta, R. (2002) The revised CES-D scale for caregivers of the elderly in India. *The Gerontologist*, 42, 21.
- Gutierrez, P., Muehlenkamp, J., Konick, L. y Osman, A. (2005) ¿What role does race play in adolescent suicidal ideation?. *Archives of Suicide Research*, 9, 177 – 192.
- Gutierrez, P., Osman, A., Barrios, F. Kopper, B., Baker, M. y Haraburda, C. (2002) Development of the Reasons for Living Inventory for young adults. *Journal of Clinical Psychology*, 58, 339 – 357.

- Hawton, K. (2000) Sex and suicide: Gender differences in suicidal behaviour. *British Journal of Psychiatry*, 177, 484 – 485.
- Hall-Lande, J., Eisenberg, M., Christenson, S. y Neumar-Szteiner, D. (2007) Social isolation, psychological health and protective factors in adolescence. *Adolescence*, 42, 265 – 285.
- Henry, C., Stephenson, A., Hanson, M., y Hargett, W. (1993) Adolescent suicide and families: An ecological approach. *Adolescence*, 28, 291 – 308.
- Heppner, P., Witty, T. y Dixon, W. (2004) Problem-solving appraisal and human adjustment: A review of 20 years of research using the Problem Solving Inventory. *The Counselling Psychologist*, 32, 344 – 428.
- Hernández R., Fernández, C. y Baptista, P. (1991). *Metodología de la Investigación*. México: McGraw – Hill.
- Hertzog, C., Van Alstine, J., Usala, P.D., Hultsch, D.F. y Dixon, R. (1990) Measurement properties of the Center for Epidemiological Studies Depression Scale (CES-D) in older populations. *Psychological Assessment*, 1, 64 - 72.
- Hjelmeland, H. y Hawton, K. (2004) Intentional aspects of non-fatal suicidal behavior. En D. De Leo, U. Bille-Brahe, A. Kerkhof y A. Schmidtke (Dir.) *Suicidal behaviour: Theories and research findings* (pp. 67 – 68). Göttingen, Germany: Hogrefe & Huber.
- Houle, J., Mishara, B. y Chagnon, F. (2008) An empirical test of a mediation model of the impact of the traditional male gender role on suicidal behavior in men. *Journal of Affective Disorders*, 107, 37 – 43.
- Hughes, S. y Neimeyer, R. (1990) A cognitive model of suicidal behavior. En D. Lester (dir.) *Current concepts of suicide* (pp. 1-29). Filadelfia: Charles.
- Jeglic, E., Pepper, C., Vanderhoff, H. y Ryabchenko, K. (2007) An analysis of suicidal ideation in a college sample. *Archives of Suicide Research*, 11, 41 – 56.
- Joiner, T. y Rudd, D. (1996) Disentangling the interrelations between hopelessness, loneliness and suicidal ideation. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 26, 19 - 26.
- Johnson, G., Krug, E. y Potter, L (2000) Suicide among adolescents and young adults: A cross-national comparison of 34 countries. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 30, 74 – 82.
- Kant, G., D’Zurilla, T. y Maydeu-Olivares, A. (1997) Social problem solving as a mediator of stress related depression and anxiety in middle-aged and elderly community residents. *Cognitive Therapy and Research*, 21, 73 – 96.
- Kerr, D., Preuss, L. y King, C. (2006) Suicidal adolescents’ social support from family and peers: Gender-specific associations with psychopathology. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 34, 103 – 114.
- King, K. (1997) Self-Concept and Self-Esteem: A clarification of terms. *Journal of School Health*, 67, 68-70.
- Konick y Gutiérrez (2005) Testing a model of suicide ideation in college students. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 35, 181- 192.
- Kralik, K. y Danforth, W. (1992) Identification of coping ideation and strategies preventing suicidality in a college-age sample. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 22, 167 – 186.

- Kreitman, N.S. (1977) *Parasuicide*. Chichester: Wiley.
- Kumar, S., Mohan, R., Ranjith, G. y Chandra-Sekaran, R. (2006) Gender differences in medically serious suicide attempts: A study from South India. *Psychiatry Research*, 144, 79 – 86.
- Kuo, W., Gallo, J. y Eaton, W. (2004) Hopelessness, depression, substance disorder and suicidality: A 13-year community-based study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 39, 497 - 501.
- Langhinrichsen-Rohling, J., Lewinsohn, P., Rohde, P., Seeley, J., Monson, C., Meyer, K. y Langford, R. (1998) Gender differences in the suicide-related behaviors of adolescents and young adults. *Sex Roles*, 39, 839 – 854.
- Lara, M., Navarro, C. y Navarrete, L. (2004) Influencia de los sucesos vitales y el apoyo social en una intervención psicoeducativa para mujeres con depresión. *Salud Pública de México*, 46, 378 – 387.
- Largo-Wigth, E., Peterson, P. y Chen, W. (2005) Perceived problem solving, stress and health among college students. *American Journal of Health Behavior*, 29, 360 – 370.
- Lazarus, R. y Folkman, S. (1986) Coping and adaptation. En W. Gentry (dir.) *Handbook of Behavioral Medicine* (pp. 282 – 325). Nueva York: Guilford.
- Lemos, S. y Fernández, J. (1990) Redes de Apoyo Social y salud. *Psicothema*, 2, 113-135.
- Lester, D. (1994) A comparison of 15 theories of suicide. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 24, 80 – 88.
- Liang, J., Tran, T.V., Krause, N. y Markides, K.S. (1989) Generational differences in the structure of the CES-D scale in Mexican Americans. *Journal of Gerontology: Social Sciences*, 52B, S259 – S269.
- Lieberman, Z., Solomon, Z., y Ginzburg, K. (2005) Suicidal Ideation among young adults: Effects of perceived social support, self esteem and adjustment. *Journal of Loss and Trauma*, 10, 163-181.
- Lin, N., Dean, A. y Ensel, W. (1986) *Social support, life events and depression*. London: Academic Press.
- Linehan, M., Camper, P., Chiles, J., Strosahl, K. y Shearin, E. (1987) Interpersonal problem solving and parasuicide. *Cognitive Therapy and Research*, 11, 1 – 12.
- Linehan, M., Goodstein, J., Nielsen, S y Chiles, J. (1983) Reasons for staying alive when you are thinking of killing yourself: The Reasons for Living Inventory. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 51, 276 – 286.
- Liu, K., Chen, E., Chan, C., Lee, D., Law, Y., Conwell, T. y Yip, P. (2006) Socio-economic and psychological correlates of suicidality among Hong Kong working-age adults: results from a population-based survey. *Psychological Medicine*, 36, 1759 - 1767.
- Liu, X. y Tein, J. (2005) Life events, psychopathology, and suicidal behavior in Chinese adolescents. *Journal of Affective Disorders*, 86, 195 - 203.
- Lizardi, D., Currier, D., Galfalvy, H., Sher, L., Burke, A., Mann, J. y Oquendo, M. (2007) Perceived reasons for living at index hospitalisation and future suicide attempt. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 195, 451 – 455.
- Locker, J. y Croypley, M. (2004) Anxiety, depression and self-esteem in secondary school children. *School Psychology International*, 25, 333- 345.

- MacPhee, A. y Andrews, J. (2006) Risk factors for depression in early adolescence. *Adolescence*, 41, 435 – 466.
- Manrique, E. (2004) Antecedentes tempranos y modalidades de vulnerabilidad cognitiva para la depresión, *Revista de Psiquiatría y Salud Mental Hermilio Valdizan*, 4, 43 - 62.
- Marcenko, M., Fishman, G. y Friedman, J. (1999) Re-examining adolescent suicidal ideation: A developmental perspective applied to a diverse population. *Journal of Youth and Adolescence*, 28, 121 – 138.
- Maris, R. (1981) *Path ways to suicide: A survey of self destructive behaviors*. Baltimore: Johns Hopkins University Press.
- Maris, R.W. (2002) Suicide. *Lancet*, 360 (9329), p. 319, July 27th.
- Maslow, A. (1970) *Motivation and personality*. 2a. ed. Nueva York: Harper and Row.
- Matud, P. (1998) *Investigación del estrés y su impacto en la salud de las mujeres canarias*. Instituto Canario de la Mujer.
- Matud, P., Carballeira, M., López, M., Marrero, R. e Ibáñez, I. (2002) Apoyo social y salud: Un análisis de género. *Salud Mental*, 25, 32 - 37.
- Matud, P., Ibáñez, I., Bethencourt, J., Marrero, R. y Carballeira, M. (2003) Structural gender differences in perceived social support. *Personality and Individual Differences*, 35, 1919 - 1929.
- Mazza, J. y Reynolds, W. (1998) A longitudinal investigation of depression, hopelessness, social support and major and minor life events and their relation to suicidal ideation in adolescents. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 28, 358 - 374.
- McCallum, J., McKinnon, A., Simons L. y Simons, J. (1995) Measurement properties of the Center for Epidemiological Studies Depression Scale: An Australian community study of aged persons. *The Journal of Gerontology*, 50, S182-S189.
- McCulloch, B., Erolin, K. y Lassig, S. (2004) Depression and old farmers: Investigation of the CES-D. *The Gerontologist*, 44, p. 326.
- McGee, R., Williams, S., y Nada-Raja, S. (2001) Low-esteem and hopelessness in childhood and suicidal ideation in early adulthood. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 29, 281-291.
- McGuire, J. (2001) What is problem solving? A review of theory, research and applications. *Criminal Behaviour and Mental Health*, 11, 210 – 235.
- Menninger, K (1996) Psychoanalytic aspects of suicide. En J. Maltzberger y M. Goldblatt (Dirs.) *Essential papers of suicide* (pp. 20 – 35). New York: University Press.
- Metha, A., Chen, E., Mulvenon, S., y Dode, I. (1998) A theoretical model of adolescent suicide risk. *Archives of Suicide Research*, 4, 115 - 133.
- Michel, K. y Valach , L, (1997) Suicide as goal-directed action. *Archives of suicide research*. 3, 213-221.
- Michel K., y Valach, L, (2001) Suicide as goal-directed action. En K. Van Heeringen (dir.) *Understanding suicidal behavior* (pp. 230 – 251). Chichester: Wiley.
- Miller, T., Markides, K. y Black, S. (1997) The factor structure of the CES-D in two surveys of elderly Mexican Americans. *Journal of Gerontology: Social Sciences*, 52B, S259 – S269.

- Miotto, P., De Coppi, M., Frezza, M., Petretto, D., Masala, C. y Petri, A. (2003) Suicidal ideation and aggressiveness in school-aged youths. *Psychiatry Research*, 120, 247 – 255.
- Mingote, J., Jiménez-Arriero, M., Osorio-Suárez, R. y Palomo, T. (2004) *Suicidio: Asistencia clínica. Guía práctica de psiquiatría médica*. Madrid: Díaz de Santos.
- Moreno, A.M. (2007) *Propiedades psicométricas del Inventario de Razones para Vivir (RFL-A, osman et al ., 1998) adaptado al español en una muestra de estudiantes de bachillerato de la ciudad de San Juan de Pasto*. Trabajo de grado. Licenciatura en Psicología. Universidad de Nariño: Pasto.
- Morón, P. (1992). *El suicidio*. México: Cruz O.
- Netta, H., Sever, J. y Apter, A. (2004) A comparison of life events between suicidal adolescents with major depression and borderline personality disorder. *Comprehensive Psychiatry*, 44, 277 - 283.
- Nezu, A. y Nezu, C. (1991) Entrenamiento en solución de problemas. En V. Caballo (dir.), *Manual de técnicas de terapia y modificación de conducta* (pp. 527 – 553). Madrid: Siglo XXI.
- Nguyen, H.T., Kitner-Trito, M., Evans, M.K. y Zonderman, A.B. (2004) Factorial invariance of the CES-D in low socioeconomic status african-american compared with a nationally representative sample. *Psychiatric research*, 126, 177-187.
- Niméus, A., Träskman-Bendz, L. y Alsén, M. (1997) Hopelessness and suicidal behavior. *Journal of Affective Disorders*, 42, 137 - 144.
- Nugent, W. y Williams, S. (2001) The relationship between the comorbidity of depression with problems in psychosocial functioning and the severity of suicidal ideation. *The Social Service Review*, 75, 581- 604.
- O'Carroll, P., Berman, A., Maris, R., Moscicki, E., Tanney, B. y Silverman, M. (1996) Beyond the Tower of Babel: A nomenclature for suicidology. *Suicide and Life-threatening Behavior*, 26, 237-252.
- Organización Mundial de la Salud – OMS (1969) Prevención del suicidio. *Cuadernos de Salud Pública*, 35. Ginebra.
- Organización Mundial de la Salud (2003) *Informe Mundial sobre la Violencia y la Salud*. Washington: OMS.
- Organización Panamericana de la Salud (1995) *Clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud* (10ª revisión). Vols. 1-3. Washington, D.C.: OPS.
- Osman, A., Downs, W., Kopper, B., Barrios, F., Baker, M., Osman, J., Besett, T. y Linehan, M. (1998) The Reasons for Living Inventory for adolescents (RFL-A): Development and psychometric properties. *Journal of Clinical Psychology*, 54, 1063 – 1078.
- Osman, A., Gutierrez, P., Kopper, B., Barrios, F. & Chiro, C. (1998) The positive and negative suicide ideation inventory: development and validation. *Psychological reports*, 82, 783 – 793.
- Osvath, P., Vörös, V. y Fekete, S. (2004) Life events and psychopathology in a group of suicide attempters. *Psychopathology*, 37, 36 - 40.
- Owens, T. (1994) Two dimensions of self-esteem: Reciprocal effects of positive self-worth and self deprecation on adolescent problems. *American Sociological Review*, 59, 391 – 407.

- Pagés, F., Arvers, P., Hassler, C. y Choquet, M. (2004) What are the characteristics of adolescent hospitalized suicide attempters?. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 13, 151 – 158.
- Pérez-Álvarez, M. y García-Montes, J. (2001) Tratamientos psicológicos eficaces para la depresión. *Psicothema*, 13, 493 – 510.
- Pfeffer, C. (2000) Suicidal behaviour in children: an emphasis on developmental influences. En K. Hawton y K. Van Heeringen (Dirs.) *The International Handbook of Suicide and Attempted Suicide* (pp. 237 – 248). Chichester: Wiley.
- Pinto, A., Whisman, M. y Conwell, Y. (1998) Reasons for living in a clinical sample of adolescents. *Journal of Adolescence*, 21, 397 – 405.
- Piquet, M. y Wagner, B. (2003) Coping responses of adolescent suicide attempters and their relation to suicidal ideation a cross two year follow-up: a preliminary study. *Suicide and Life-threatening Behavior*, 33, 288-301.
- Polaino-Llorente, A. (1996) Transtorno bipolar y conducta suicida en la adolescencia. En J. Buendía (dir.) *Psicopatología en Niños y Adolescentes: Desarrollos actuales*, (pp. 279 –292). Madrid: Pirámide.
- Pollock, L. y Williams, J. (2004) Problem-solving in suicide attempters. *Psychological Medicine*, 34, 163 – 167.
- Pollock, L. y Williams, J. (1998) Problem-solving and suicidal behavior. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 28, 375 – 387.
- Quiles, Y., Terol, M y Quiles, M. (2003) Evaluación del apoyo social en pacientes con trastornos de la conducta alimentaria: un estudio de revisión. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 3, 313 – 333.
- Radloff, L.S. (1977) The CES-D Scale: A self report depression scale for research in the general population. *Journal of Applied Psychological Measurement*, 1, 385 - 401.
- Rew, L., Thomas, N., Horner, S., Resnick, M. y Beuhring, T. (2001) Correlates of recent suicide attempts in a tri-ethnic group of adolescents. *Journal of Nursing Scholarship*, 33, 361 - 367.
- Riskind, J., Long, D., Williams, N. y White, J. (2000) Desperate acts for desperate times: Looming vulnerability and suicide. En T. Joiner y D. Rudd (dirs.) *Suicide science. Expanding the boundaries* (pp. 105 – 116). Boston: Kluwer Academic.
- Roberts, R.E. (1980) Reliability of the CES-D Scale in different ethnic contexts. *Psychiatry Research*, 2, 125 - 134.
- Rodríguez, M. y Frías, L. (2005) Algunos factores psicológicos y su papel en la enfermedad. Una revisión. *Psicología y Salud*, 15, 169 – 185.
- Rodríguez, S. y Enrique, H. (Sin fecha) Validación argentina del Cuestionario MOS de apoyo social percibido. *Psicodebate*, 7, 155 – 168. Disponible en <http://www.palermo.edu/cienciassociales/publicaciones/pdf/Psico7/7Psico%2010.pdf>. Recuperado el 12 de junio de 2008.
- Rosenberg, M. (1965) *La autoimagen del adolescente y la sociedad*. Buenos Aires: Paidós.
- Rosenberg, M., Schooler, C., Schoenbach, C. y Rosenberg, F. (1995) Global self-esteem and specific self-esteem: Different concepts, different outcomes. *American Sociological Review*, 60, 141 – 156.

- Rosero, M. (2008) *Propiedades psicométricas de una versión adaptada y una ampliada del Inventario de Razones para Vivir en Adultos Jóvenes (RFL-YA, Gutierrez et al., 2002) en una muestra de estudiantes universitarios de la ciudad de San Juan de Pasto*. Trabajo de grado. Licenciatura en Psicología. Universidad de Nariño: Pasto.
- Rudd, D. (1990) An integrative model of suicidal ideation. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 20, 16-30.
- Rudd, D., Rajab, H. y Dahm, F. (1994) Problem-solving appraisal in suicide ideators and attempters. *American Journal of Orthopsychiatry*, 64, 136 – 149.
- Rutter, P. y Behrendt, A. (2004) Adolescent suicide risk: Four psychosocial factors. *Adolescence*, 39, 295 – 302.
- Sahin, N., Durak, A. y Sahin, N. (1998) Reasons for living and their protective value: A Turkish sample. *Archives of Suicide Research*, 4, 157 – 168.
- Saíz, M., González, M., Bousoño, M. y Bobes, J. (1997) Estudio de los factores de riesgo suicida y parasuicida. Factores biológicos. En J. Bobes, J. González y P. Saíz (Dir.) *Prevención de las conductas suicidas y parasuicidas* (pp. 35 – 45). Barcelona: Masson.
- Salgado de Snyder, V. y Maldonado, M. (1994) Características psicométricas de la escala de depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos (CES-D) en mujeres mexicanas adultas de áreas rurales. *Salud Pública de México*, 36, 200 – 209.
- Sandín, B. (1999) Estrés y salud: factores que intervienen en la relación entre el estrés y la enfermedad física. En J. Buendía (dir.) *Estrés y psicopatología* (pp. 148 – 180). Madrid: Pirámide.
- Sandín, B. (2003) El estrés: Un análisis basado en el papel de los factores sociales. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 3, 141 - 157.
- Sandín, B., Chorot, P., Santed, M., Valiente, R. y Joiner, T. (1998) Negative life events and adolescent suicidal behavior: A critical analysis from the stress perspective. *Journal of Adolescence*, 21, 415-426.
- Sanz, J. y Vázquez, C. (1995) Trastornos del estado de ánimo: aspectos clínicos. En A. Belloch, B. Sandín y F. Ramos (Dir.) *Manual de psicopatología*, (pp. 342 – 376). Vol. 2. Madrid: McGraw Hill.
- Sarró, B. y de la Cruz, C. (1991). *Los suicidios*. Barcelona: Martínez Roca.
- Schneider, B., Philipp, M., y Müller, M. (2001) Psychopathological predictors of suicide in patients with major depression during a 5 year follow-up. *European Psychiatry*, 16, 283-288.
- Schneidman, E.S. (1993) Suicide as a psychache. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 181, 145 – 147.
- Schotte, D. y Clum, G. (1982). Suicide ideation in a college population: A test of a model. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 50, 690-696.
- Schotte, D. y Clum, G. (1987) Problem solving skills in suicidal psychiatric patients. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 55, 49 – 54.
- Seiffge-Krenke, I. (1998) *Adolescents' health: A developmental perspective*. Chicago: Lawrence Erlbaum Associates.
- Seligman, M. (1981) *Indefensión en la depresión, el desarrollo y la muerte*. Madrid: Debate (Original publicado en 1975).

- Shafer, A.B. (2006) Meta-analysis of the factor structures of four depression questionnaires: Beck, CES-D, Hamilton and Zung. *Journal of Clinical Psychology*, 62, 123-146.
- Soria, M., Otamendi, C., Berrocal, C., Caño, A. y Rodríguez-Naranjo, C. (2004) Las atribuciones de incontrolabilidad en el origen de las expectativas de desesperanza en adolescentes. *Psicothema*, 16, 476-480.
- Springer, A. Parcel, G., Baumler, E. y Ross, M. (2006). Supportive social relationships and adolescent health risk behavior among secondary school students in El Salvador. *Social Science & Medicine*, 62, 1628 – 1640.
- Steed, L. (2001) Further validity and reliability evidence for Beck Hopelessness Scale scores in a non-clinical sample. *Educational and Psychological Measurement*, 61, 301-316.
- Stengel, E. (1962) Recent research into suicide and attempted suicide. *American Journal of Psychiatry*, 118, 725 – 727.
- Stotland, E. (1969) *The Psychology of Hope*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Sun, R., Hui, E. y Watkins, D. (2006) Towards a model of suicidal ideation for Hong Kong Chinese adolescents. *Journal of adolescence*, 29, 209-224.
- Swanh, M. y Potter, L.(2001) Factors associated with medical severity attempts in youths and young adults. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 32, 21 – 29.
- Tanaka, E., Sakamoto, S., Ono, Y., Fujihara, S. y Kitamura, T. (1998) Hopelessness in a community population: Factorial structure and psychosocial correlates. *The Journal of Social Psychology*, 138, 581 – 590.
- Torres, M.. (2002) *Estudio comparativo en enfermos con tuberculosis pulmonar frotis positivo de los grupos nunca tratados, antes tratados y crónicos en sus niveles de depresión y Apoyo Social*. Tesis de Maestría en Psicología Clínica. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Facultad de Psicología. Escuela de Post-Grado, 2002. Disponible en http://sisbib.unmsm.edu.pe/Bibvirtual/tesis/Salud/Torres_U_M/indice_Torres.htm. Recuperado el 8 de agosto de 2007.
- Turner, S., Kaplan, C., Zayas, L. y Ross, R. (2002) Suicide attempts by adolescent Latinas: An exploratory study of individual and family correlates. *Child and Adolescent Social Work Journal*, 19, 357 – 374.
- Van Heeringen, C., Portzky, G. y Audenaert, K. (2004) The psychobiology of suicidal behaviour. En D. De Leo, U. Bille-Brahe, A. Kerkhof y A. Schmidtke (Eds.) *Suicidal behaviour: Theories and research findings* (pp. 61- 66). Göttingen, Germany: Hogrefe & Huber.
- Vázquez, A., Jiménez. R. y Vázquez, R. (2004) Escala de autoestima de Rosenberg: fiabilidad y validez en población clínica española. *Apuntes de Psicología*, 22, 247 – 255.
- Vázquez, C. y Sanz, J. (1995) Trastornos del estado de ánimo: Aspectos Clínicos. En A. Belloch, B. Sandín y F. Ramos (Dirs.) *Manual de Psicopatología*. (pp. 299 – 340). Vol. 2. Madrid: McGraw Hill.
- Velting, D. (1998) Personality and negative expectancies: Trait structure of the Beck Hopelessness Scale. *Personality and Individual Differences*, 26, 913-921.

- Vera-Villarroell, P. y Guerrero, A. (2003) Diferencias en habilidades de resolución de problemas sociales en sujetos optimistas y pesimistas. *Universitas Psychologica*, 2, 21 – 26.
- Vilhjalmsón, R., Kristjansdóttir, G. y Sveinbjarnardóttir, E. (1998) Factors associated with suicide ideation in adults. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 33, 97 – 103.
- Villalobos-Galvis, F. (2006) Validación de instrumentos de evaluación psicológica en estudiantes de la ciudad de San Juan de Pasto. Documento inédito.
- Villalobos-Galvis, F. (2007a) Aplicación del modelo procesual de estrés a la conducta suicida. *Universidad y Salud*, 8, 126 – 141.
- Villalobos-Galvis, F. (2007b) *Estructura factorial y propiedades psicométricas de la escala CES-D en universitarios de Colombia*. Trabajo para suficiencia investigadora. Universidad de Granada, Granada.
- Villalobos-Galvis, F. (En prensa) Conducta suicida en estudiantes de San Juan de Pasto. *Salud Mental*.
- Villalobos-Galvis, F. (2008) *Validez y confiabilidad del Inventario de Ideación Suicida Positiva y Negativa – PANSI, en estudiantes de Pasto (Colombia)*. Manuscrito sometido a evaluación para su publicación.
- Villalobos, F., Sánchez, N. y Ortiz, L. (2009) *Propiedades psicométricas de la escala CES-D en adolescentes de la ciudad de San Juan de Pasto*. Manuscrito sometido a evaluación para su publicación.
- Villardón, L. (1993) *El pensamiento de suicidio en la adolescencia*. Bilbao: Universidad de Deusto.
- Vörös, V., Osvath, P. y Fekete, S. (2004) Gender differences in suicidal behavior. *Neuropsychopharmacología Hungarica*, 6, 65 - 71.
- Wang, M., Lightsey, O., Pietruszka, T., Uruk, A. y Wells, A. (2007) Purpose in life and reasons for living as mediators of the relationship between stress, coping and suicidal behavior. *The Journal of Positive Psychology*, 2, 195 – 204.
- Wannan, G. y Fombone, E. (1998) Gender differences in rates and correlates of suicidal behaviour among child psychiatric outpatients. *Journal of Adolescence*, 21, 371 – 381.
- Wilburn, V. y Smith, D. (2005) Stress, self-esteem and suicidal ideation in late adolescents. *Adolescence*, 40, 33 – 45.
- Wild, L., Flisher, A. y Lombard, C. (2004) Suicidal ideation and attempts in adolescents: associations with depression and six domains of self-esteem. *Journal of Adolescence*, 27, 611 – 624.
- Yepes, L.E. (1998) Trastornos depresivos. En R.J. Toro y L.E. Yepes (Dir.) *Fundamentos de Medicina: Psiquiatría* (pp. 131-150). Reimpresión de la 3ª edición. Medellín: Corporación para investigaciones biológicas.
- Yoder, K. y Hoyt, D. (2005) Family economic pressure and adolescent suicidal ideation. Application of the family stress model. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 35, 251 – 264.

Anexos

ANEXO 1



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

DATOS DE IDENTIFICACIÓN

Sexo: Hombre ___ Mujer ___ Edad: ___ años Consecutivo

Curso o Semestre: Institución Facultad:

A continuación encontrarás varios cuestionarios que te van a preguntar sobre algunos aspectos personales. Por favor lee detenidamente las instrucciones, las frases y las opciones de respuesta y luego **marca con una X** en la respectiva casilla. No te demores mucho en responder cada pregunta.

Por último, recuerda que esta encuesta es anónima y que NO hay respuestas buenas o malas, por eso te pedimos que respondas de la forma más honesta posible.

GRACIAS POR TU COLABORACIÓN

EEVA-R-Udenar

A continuación encontrarás una lista de situaciones que las personas a veces viven. Por favor lee atentamente cada frase y recuerda si has vivido esa situación en los últimos **6 meses**. Si la viviste, marca SI y luego especifica qué tanto te afectó. Si NO la viviste, marca NO y pasa a la siguiente situación. Marca con una X en la casilla respectiva.

Nota:

En varias frases se habla de tus **SERES QUERIDOS**, ten en cuenta que esto se refiere a tus padres, hermanos, familiares cercanos, novio o novia, pareja, mejor amigo o mejor amiga. Lee cuidadosamente las palabras que están entre paréntesis ya que ellas te aclaran la respectiva frase.

¿Viviste esta situación en estos 6 meses?	NO	SI	¿Qué tanto te afectó?	Mucho	Poco	Nada
1. Se terminó definitivamente tu relación con tu novio(a) o pareja, o con uno de tus mejores amigos(a)s	NO	SI	¿Qué tanto te afectó?	Mucho	Poco	Nada
2. Tu o alguno de tus <i>seres queridos</i> se cambió de casa, de barrio o de ciudad.	NO	SI	¿Qué tanto te afectó?	Mucho	Poco	Nada
3. Cambiaste (o te cambiaron) de colegio/ universidad o de grupo de compañeros	NO	SI	¿Qué tanto te afectó?	Mucho	Poco	Nada
4. Tienes un defecto físico que se nota fácilmente o que te incomoda mucho	NO	SI	¿Qué tanto te afectó?	Mucho	Poco	Nada
5. Tuviste que vivir alejado de tu familia.	NO	SI	¿Qué tanto te afectó?	Mucho	Poco	Nada
6. Has tenido peleas o discusiones graves	NO	SI	¿Qué tanto te	Mucho	Poco	Nada

con un <i>ser querido</i> .			afectó?			
7. Tus padres se divorciaron, se separaron o tuvieron muchas peleas	NO	SI	¿Qué tanto te afectó?	Mucho	Poco	Nada
8. Perdiste el año o una materia y tienes que repetirlo o recuperarla	NO	SI	¿Qué tanto te afectó?	Mucho	Poco	Nada
9. Otras personas se burlaron de ti por tus bajas calificaciones	NO	SI	¿Qué tanto te afectó?	Mucho	Poco	Nada
10. Te suspendieron o te expulsaron del colegio/universidad	NO	SI	¿Qué tanto te afectó?	Mucho	Poco	Nada
11. En tu familia hubo graves problemas de dinero	NO	SI	¿Qué tanto te afectó?	Mucho	Poco	Nada
12. Alguno de tus padres perdió el empleo, trabajo o negocio	NO	SI	¿Qué tanto te afectó?	Mucho	Poco	Nada
13. Hay nuevas personas viviendo en la casa, por ejemplo: hermano(a), hermanastro(a), padrastro, madrastra, familiar, etc.	NO	SI	¿Qué tanto te afectó?	Mucho	Poco	Nada
14. Alguno de tus familiares cercanos (padres o hermanos) se fue de la casa.	NO	SI	¿Qué tanto te afectó?	Mucho	Poco	Nada
15. Tu o alguno de tus <i>seres queridos</i> tuvo problemas con la ley (fue perseguido, arrestado o encarcelado)	NO	SI	¿Qué tanto te afectó?	Mucho	Poco	Nada
16. Tu o alguno de tus <i>seres queridos</i> fue víctima de un delito grave (golpiza, atraco, secuestro, asesinato)	NO	SI	¿Qué tanto te afectó?	Mucho	Poco	Nada
17. Tu o alguno de tus <i>seres queridos</i> fue víctima de la guerra o el terrorismo (disparos, explosiones, desplazamiento)	NO	SI	¿Qué tanto te afectó?	Mucho	Poco	Nada
18. Murió alguno de tus <i>seres queridos</i> o tu mascota	NO	SI	¿Qué tanto te afectó?	Mucho	Poco	Nada
19. Tu o alguno de tus <i>seres queridos</i> tuvo un accidente grave o fue hospitalizado.	NO	SI	¿Qué tanto te afectó?	Mucho	Poco	Nada
20. Tu o alguno de tus <i>seres queridos</i> tiene una enfermedad grave o mortal	NO	SI	¿Qué tanto te afectó?	Mucho	Poco	Nada
21. Tu o alguno de tus <i>seres queridos</i> tiene problemas con las drogas o el alcohol	NO	SI	¿Qué tanto te afectó?	Mucho	Poco	Nada
22. Tu o alguna de tus seres queridas (novia, hermana, madre o mejor amiga) quedó en embarazo	NO	SI	¿Qué tanto te afectó?	Mucho	Poco	Nada
23. Tu o alguno de tus <i>seres queridos</i> se vio afectado por un desastre natural (inundación, incendio, terremoto, erupción volcánica, etc.)	NO	SI	¿Qué tanto te afectó?	Mucho	Poco	Nada
24. Alguno de tus <i>seres queridos</i> tuvo graves problemas emocionales o psicológicos (depresión, ansiedad, psicosis, etc.)	NO	SI	¿Qué tanto te afectó?	Mucho	Poco	Nada
25. Alguno de tus <i>seres queridos</i> pensó o intentó suicidarse, o se suicidó.	NO	SI	¿Qué tanto te afectó?	Mucho	Poco	Nada
26. Tu o alguno de tus <i>seres queridos</i> fue maltratado físicamente (puños, cachetadas, patadas, golpes) por parte de	NO	SI	¿Qué tanto te afectó?	Mucho	Poco	Nada

otro familiar.						
27. Tu o alguno de tus <i>seres queridos</i> fue insultado o humillado por parte de un familiar.	NO	SI	¿Qué tanto te afectó?	Mucho	Poco	Nada
28. Tu o alguno de tus <i>seres queridos</i> fue violado, o intentaron violarlo, o fue obligado a tener actos sexuales contra su voluntad.	NO	SI	¿Qué tanto te afectó?	Mucho	Poco	Nada
Si otras situaciones importantes te afectaron en estos 6 meses, por favor escríbelas						
29.			¿Qué tanto te afectó?	Mucho	Poco	Nada
.....			¿Qué tanto te afectó?	Mucho	Poco	Nada
30.						
.....						

AE

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

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

CES-D-R

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

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

(familia, amigos, pareja) estarían mejor, si yo muriera	día	1 y 4 días	días	9 y 11 días	12 y 14 días
23. Pensé en matarme	Ningún día	Entre 1 y 4 días	Entre 5 y 8 días	Entre 9 y 11 días	Entre 12 y 14 días

AS

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

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

BHS

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

Esta frase describe mi situación en las últimas DOS SEMANAS...	V	F
1. Veo el futuro con entusiasmo y esperanza.	V	F
2. Es mejor abandonar todo porque no puedo hacer que las cosas	V	F

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

SPSI

Un **problema** es algo importante de tu vida diaria que te preocupa mucho pero que no sabes cómo resolver o cómo hacer para que deje de preocuparte tanto.

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

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

Frente a esta situación estás	Totalmente en Desacuerdo	En Desacuerdo	De Acuerdo	Totalmente de Acuerdo
1. Me preocupo demasiado por mis problemas en vez de resolverlos.	Totalmente en Desacuerdo	En Desacuerdo	De Acuerdo	Totalmente de Acuerdo
2. Siento miedo cuando tengo problemas importantes.	Totalmente en Desacuerdo	En Desacuerdo	De Acuerdo	Totalmente de Acuerdo
3. Cuando tomo decisiones, no tengo en cuenta todas las alternativas.	Totalmente en Desacuerdo	En Desacuerdo	De Acuerdo	Totalmente de Acuerdo
4. Cuando tomo decisiones, no pienso en las consecuencias que cada alternativa pueda traer a otras personas.	Totalmente en Desacuerdo	En Desacuerdo	De Acuerdo	Totalmente de Acuerdo
5. Cuando tengo que resolver un problema, pienso en varias ideas y	Totalmente en Desacuerdo	En Desacuerdo	De Acuerdo	Totalmente de Acuerdo

las uno para encontrar una mejor solución.				
6. Me siento inseguro(a) de mi mismo(a) cuando tomo decisiones importantes.	Totalmente en Desacuerdo	En Desacuerdo	De Acuerdo	Totalmente de Acuerdo
7. Cuando no logro resolver un problema en el primer intento, creo que si continúo intentando lo podré resolver.	Totalmente en Desacuerdo	En Desacuerdo	De Acuerdo	Totalmente de Acuerdo
8. Cuando tengo un problema, hago lo primero que se me ocurre.	Totalmente en Desacuerdo	En Desacuerdo	De Acuerdo	Totalmente de Acuerdo
9. Cuando tengo un problema espero a que desaparezca, en vez de intentar resolverlo	Totalmente en Desacuerdo	En Desacuerdo	De Acuerdo	Totalmente de Acuerdo
10. Creo que no sería capaz de resolver problemas difíciles, aunque lo intente muchas veces.	Totalmente en Desacuerdo	En Desacuerdo	De Acuerdo	Totalmente de Acuerdo
11. Los problemas difíciles me hacen sentir mal.	Totalmente en Desacuerdo	En Desacuerdo	De Acuerdo	Totalmente de Acuerdo
12. Cuando resuelvo problemas, intento mirar lo bueno y lo malo de cada alternativa.	Totalmente en Desacuerdo	En Desacuerdo	De Acuerdo	Totalmente de Acuerdo
13. Antes de tomar una decisión, pienso en las consecuencias que cada alternativa tendrá en el presente y en el futuro	Totalmente en Desacuerdo	En Desacuerdo	De Acuerdo	Totalmente de Acuerdo
14. Después de ensayar una alternativa de solución, miro qué salió bien y qué salió mal	Totalmente en Desacuerdo	En Desacuerdo	De Acuerdo	Totalmente de Acuerdo
15. Después de intentar resolver un problema, miro a ver si me siento mejor.	Totalmente en Desacuerdo	En Desacuerdo	De Acuerdo	Totalmente de Acuerdo
16. Si me esfuerzo, creo que puedo resolver problemas difíciles.	Totalmente en Desacuerdo	En Desacuerdo	De Acuerdo	Totalmente de Acuerdo
17. Cuando tengo un problema, busco información sobre él.	Totalmente en Desacuerdo	En Desacuerdo	De Acuerdo	Totalmente de Acuerdo
18. Me demoro tanto para solucionar un problema que cuando intento hacer algo, ya es demasiado tarde.	Totalmente en Desacuerdo	En Desacuerdo	De Acuerdo	Totalmente de Acuerdo
19. Gasto más tiempo evitando mis problemas que resolviéndolos.	Totalmente en Desacuerdo	En Desacuerdo	De Acuerdo	Totalmente de Acuerdo
20. Cuando tengo un problema, me siento tan mal que no puedo pensar con claridad	Totalmente en Desacuerdo	En Desacuerdo	De Acuerdo	Totalmente de Acuerdo
21. Antes de intentar resolver un problema, defino lo que quiero lograr.	Totalmente en Desacuerdo	En Desacuerdo	De Acuerdo	Totalmente de Acuerdo
22. Después de ensayar una solución, miro si el problema mejoró	Totalmente en Desacuerdo	En Desacuerdo	De Acuerdo	Totalmente de Acuerdo
23. Veo mis problemas como un reto	Totalmente en Desacuerdo	En Desacuerdo	De Acuerdo	Totalmente de Acuerdo
24. Cuando resuelvo problemas, se me	Totalmente en Desacuerdo	En Desacuerdo	De Acuerdo	Totalmente de Acuerdo

ocurren muchas ideas para solucionarlo.				
25. Cuando tomo decisiones, analizo las consecuencias de cada alternativa.	Totalmente en Desacuerdo	En Desacuerdo	De Acuerdo	Totalmente de Acuerdo
26. Cuando tengo un problema importante, me deprimó y no hago nada.	Totalmente en Desacuerdo	En Desacuerdo	De Acuerdo	Totalmente de Acuerdo
27. Antes de tomar una decisión, pienso cómo me sentiría con cada una de las alternativas.	Totalmente en Desacuerdo	En Desacuerdo	De Acuerdo	Totalmente de Acuerdo
28. Cuando tengo un problema, miro si sus causas están a mi alrededor.	Totalmente en Desacuerdo	En Desacuerdo	De Acuerdo	Totalmente de Acuerdo
29. Cuando tomo decisiones, utilizo un método que me ayude a escoger la mejor alternativa.	Totalmente en Desacuerdo	En Desacuerdo	De Acuerdo	Totalmente de Acuerdo
30. Cuando resuelvo un problema, siempre tengo presente lo que quiero lograr.	Totalmente en Desacuerdo	En Desacuerdo	De Acuerdo	Totalmente de Acuerdo
31. Miro mis problemas desde diferentes puntos de vista.	Totalmente en Desacuerdo	En Desacuerdo	De Acuerdo	Totalmente de Acuerdo
32. Cuando no entiendo un problema, intento saber más acerca de él.	Totalmente en Desacuerdo	En Desacuerdo	De Acuerdo	Totalmente de Acuerdo
33. Me siento desanimado y triste cuando fallo en mis primeros intentos de resolver un problema.	Totalmente en Desacuerdo	En Desacuerdo	De Acuerdo	Totalmente de Acuerdo

PANSI

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

<i>Durante las últimas dos semanas...</i>	Nunca	Rara Vez	Algunas Veces	Casi siempre	Siempre
1. Has considerado seriamente matarte porque no pudiste cumplir con lo que otras personas esperaban de ti?	Nunca	Rara Vez	Algunas Veces	Casi siempre	Siempre
2. Has sentido que tenías el control de la mayoría de las situaciones de tu vida?	Nunca	Rara Vez	Algunas Veces	Casi siempre	Siempre
3. Pensaste en matarte porque no tenías esperanza en el futuro?	Nunca	Rara Vez	Algunas Veces	Casi siempre	Siempre
4. Te sentiste tan triste por tu relación con alguien importante, que quisiste estar muerto?	Nunca	Rara Vez	Algunas Veces	Casi siempre	Siempre
5. Pensaste en matarte porque no pudiste hacer algo que era muy importante en tu vida?	Nunca	Rara Vez	Algunas Veces	Casi siempre	Siempre
6. Tuviste esperanza en el futuro porque las cosas estaban saliendo como tu querías?	Nunca	Rara Vez	Algunas Veces	Casi siempre	Siempre
7. Pensaste en matarte porque no encontraste una solución a un problema personal?	Nunca	Rara Vez	Algunas Veces	Casi siempre	Siempre
8. Te sentiste alegre porque te estaba yendo bien en el colegio o en el trabajo?	Nunca	Rara Vez	Algunas Veces	Casi siempre	Siempre

9. Pensaste en matarte porque viste que tu vida era un fracaso?	Nunca	Rara Vez	Algunas Veces	Casi siempre	Siempre
10. Pensaste que tus problemas eran tan graves que la única opción que tenías era suicidarte?	Nunca	Rara Vez	Algunas Veces	Casi siempre	Siempre
11. Te sentiste tan solo(a) o tan triste que querías matarte para así terminar con ese sufrimiento?	Nunca	Rara Vez	Algunas Veces	Casi siempre	Siempre
12. Tuviste confianza en las capacidades que tenías para enfrentar la mayoría de problemas de tu vida?	Nunca	Rara Vez	Algunas Veces	Casi siempre	Siempre
13. Sentiste que valía la pena vivir la vida?	Nunca	Rara Vez	Algunas Veces	Casi siempre	Siempre
14. Tuviste confianza en lograr tus metas en el futuro?	Nunca	Rara Vez	Algunas Veces	Casi siempre	Siempre

RFL

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

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

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

MUCHAS GRACIAS POR TU COLABORACION

ANEXO 2

Formato de consentimiento informado para padres de familia



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

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

Cuál es el nombre de la investigación?

Validación de un modelo explicativo de la ideación y el intento suicidas en población escolarizada en los niveles de educación secundaria y superior, de la ciudad de San Juan de Pasto.

En qué consiste esta investigación?

Para esta investigación se ha planteado un modelo teórico que busca explicar cuáles son las variables por las cuales un estudiante puede llegar a pensar o a intentar suicidarse. El objetivo de este estudio es conocer el grado de exactitud con que tal modelo puede explicar esas conductas en estudiantes de colegios y universidades de San Juan de Pasto.

Quién es el responsable de esta investigación?

Este proyecto es adelantado por el Psicólogo Fredy Hernán Villalobos Galvis (celular 312 297 4590) quien es candidato a Doctor en Psicología Clínica y de la Salud, de la Universidad de Granada (España), como parte de su trabajo de tesis doctoral.

Por qué se hace esta investigación?

El suicidio es un problema muy común en la ciudad de San Juan de Pasto, por lo cual se requiere de campañas y acciones que puedan prevenirlo. Con los resultados de este estudio se espera identificar unos factores claves que permitan prevenir e intervenir a tiempo esta problemática en los colegios y universidades de la ciudad.

En quiénes se hará la investigación?

Los cuestionarios se aplicarán a estudiantes de bachillerato o de universidad que tengan entre 10 y 25 años de edad. Para seleccionar a los participantes de esta investigación, se escogerán al azar algunos cursos de una institución, de tal manera que todas las personas que hagan parte de dichos cursos saldrán automáticamente elegidas para participar en el estudio.

Qué deben hacer las personas que participan en esta investigación?

La investigación consiste solamente en que los estudiantes respondan los cuestionarios psicológicos acerca de temas tales como: datos generales, consumo de sustancias psicoactivas, eventos estresores vitales, depresión, desesperanza, autoestima, apoyo social, adaptación y cohesión familiar, solución de problemas, razones para vivir, ideas suicidas e intentos de suicidio. La aplicación de estos instrumentos se hará en una sola jornada durante el horario de clase.

Por qué se hace esta investigación con adolescentes y jóvenes?

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

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

El hecho de que un estudiante responda estos cuestionarios NO representa riesgo significativo para su bienestar integral. Sin embargo, se puede llegar a presentar cansancio físico por la lectura de todos los cuestionarios. De otro lado, es factible que alguna de las preguntas de los cuestionarios

permitan que el estudiante recuerde eventos o situaciones molestas o desagradables de su vida. También, es factible que una vez leídas todas las preguntas el mismo joven se dé cuenta de que hay algunas áreas de su vida emocional que requieren de atención o de ayuda profesional.

Qué beneficios se obtienen de esta investigación?

El principal beneficio es para la salud de todos los jóvenes de la ciudad de San Juan de Pasto, pues al final del estudio las instituciones educativas y los organismos de salud del municipio tendrán a su disposición la información sobre qué factores intervenir para prevenir el suicidio en los adolescentes y jóvenes de la ciudad. Además, y como una forma de compensar el tiempo que el estudiante invierte en contestar los cuestionarios se podrá inscribir en el **SORTEO DE 2 REPRODUCTORES DE MP3**.

Qué pasa si mi hijo o yo tenemos alguna pregunta?

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

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

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

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

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

Cómo se manejarán los datos que se recolecten?

En primer lugar, los cuestionarios serán anónimos; es decir que no tendrán ningún dato que permita reconocer a quien lo respondió. En segundo lugar, los datos recolectados serán manejados únicamente por el equipo de investigación. En tercer lugar, se entregará un informe general a cada institución, sin mencionar NUNCA, casos de personas específicas. Por último, las publicaciones científicas que surjan de esta investigación hablarán solamente de cifras globales y en ningún caso se identificará a alguno de los participantes.

Puedo tener una copia de los resultados de mi hijo?

No, ya que el diligenciamiento de los cuestionarios será completamente anónimo. No obstante se entregará un informe global de los resultados a cada institución para que, si llegara a ser pertinente, se realicen las respectivas acciones de prevención o de atención en un determinado grupo, pero NUNCA se podrá identificar a una persona específica.

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

Este proyecto ha logrado un acuerdo con el Centro de Investigación y Asesoría en Psicología – SINAPSIS, del departamento de Psicología de la Universidad de Nariño, en virtud del cual se ofrecerá atención psicológica al estudiante o a su familia, de manera gratuita, cuando así se solicite. El teléfono para programar la cita de atención es 7311449 ext. 259.

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

Ninguna, toda vez que esta investigación es adelantada exclusivamente por el investigador responsable. Por su parte, tu Institución Educativa sólo se vincula permitiendo que podamos aplicar los cuestionarios.

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

Gracias!

AUTORIZACIÓN INFORMADA

Por medio de la presente autorizo que _____, quien está bajo mi custodia legal, participe en la investigación denominada “Validación de un modelo explicativo de la ideación y el intento suicidas en población escolarizada en los niveles de educación secundaria y superior, de la ciudad de San Juan de Pasto”.

Declaro que he leído y comprendido el documento informativo, y que se me han aclarado los aspectos relacionados con el objetivo, los participantes, el procedimiento, los posibles riesgos y molestias y los beneficios que implica esta investigación.

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

Entiendo que conservo los derechos de retirarme del estudio en cualquier momento, de que la información sea manejada de manera confidencial, de hacer preguntas en cualquier momento y de ser informado de datos relevantes de la investigación, en los términos que se expresan en el documento informativo.

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

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

ANEXO 3

Formatos de consentimiento informado para estudiantes menores de edad



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

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

Cuál es el nombre de la investigación?

Validación de un modelo explicativo de la ideación y el intento suicidas en población escolarizada en los niveles de educación secundaria y superior, de la ciudad de San Juan de Pasto.

Quién es el responsable de esta investigación?

Este proyecto es adelantado por el Psicólogo Fredy Hernán Villalobos Galvis (celular 312 297 4590) quien es candidato a Doctor en Psicología Clínica y de la Salud, de la Universidad de Granada (España), como parte de su trabajo de tesis doctoral.

Por qué se hace esta investigación?

El suicidio es un problema muy común en la ciudad de San Juan de Pasto, por lo cual se requiere de campañas y acciones que puedan prevenirlo. Con los resultados de este estudio se espera identificar unos factores claves que permitan prevenir e intervenir a tiempo esta problemática en los colegios y universidades de la ciudad.

Qué tengo que hacer?

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

Por qué me piden que participe?

Las preguntas se aplicarán a estudiantes de bachillerato o de universidad que tengan entre 10 y 25 años de edad. Para eso, seleccionamos algunas instituciones y, cuando las directivas lo aprobaron, escogimos al azar algunos cursos y como tú estás en uno de esos grupos, por eso te pedimos que nos colabores.

¿Tengo que hacer esto? ¿Puedo elegir no participar en la investigación? ¿Puedo cambiar de idea?

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

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

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

Esto es malo o peligroso para mí?

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

Para qué sirve esta investigación?

El principal beneficio es para la salud de TODOS los jóvenes de la ciudad de San Juan de Pasto, pues al final del estudio los colegios y la alcaldía tendrán a su disposición la información sobre qué factores intervenir para prevenir el suicidio en los adolescentes y jóvenes de la ciudad..

Voy a recibir algo por participar en la investigación?

Si contestas TODOS los formularios te podrás inscribir en el **SORTEO DE 2 REPRODUCTORES DE MP3.**

Qué pasa si tengo alguna pregunta o una duda?

Cualquier inquietud o pregunta que tengas debes planteársela al investigador responsable o a los psicólogos que apliquen las pruebas, en cualquier momento. También puedes consultarla con tus padres o profesores. De nuestra parte, te aseguramos que si hay información importante, obtenida durante el estudio, te la contaremos inmediatamente.

Quién se va a enterar de lo que yo responda?

En primer lugar, los cuestionarios serán anónimos; es decir que no tendrán ningún dato que permita saber quién lo respondió. En segundo lugar, los datos recolectados serán manejados únicamente por el equipo de investigación y NADIE más los conocerá. En tercer lugar, se entregará un informe general a cada colegio, sin mencionar NUNCA, casos de personas específicas. Por último, vamos a comunicar lo que hayamos aprendido de la investigación a otras personas tales como a otros científicos o al alcalde, pero nunca mencionaremos los nombres de quienes han contestado las pruebas.

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

Si llegaras a verte muy asustado o muy triste por lo que respondiste en los cuestionarios, debes contárselo a quien aplica las pruebas, y esa persona te tomará los datos para que te atiendan en el Centro de Investigación y Asesoría en Psicología – SINAPSIS- de la Universidad de Nariño (teléfono 7311449 ext. 259.). También puedes contárselo a tus padres y ellos te llevarán a que te atiendan allí.

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

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

Gracias por todo!

ACEPTACION INFORMADA

Yo, _____, entiendo que me piden que participe, si yo quiero, en la investigación denominada “Validación de un modelo explicativo de la ideación y el intento suicidas en población escolarizada en los niveles de educación secundaria y superior, de la ciudad de San Juan de Pasto”.

Declaro que he leído esta información y la he comprendido. Me han respondido las preguntas y sé que puedo hacer preguntas después, si las tengo.

Sé que puedo elegir participar en la investigación o no hacerlo, sé que puedo retirarme cuando quiera, sé que mis repuestas sólo las conocerá el equipo de investigadores de la Universidad de Granada, sé que los cuestionarios serán anónimos y que si hay una información importante los investigadores me la darán a conocer.

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

Por lo anterior SI QUIERO PARTICIPAR en la investigación.

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

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

ANEXO 4



Formatos de Consentimiento Informado para estudiantes universitarios
Universidad de Granada

Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento
Psicológico

Doctorado en Psicología Clínica y de la Salud

DOCUMENTO DE AUTORIZACION INFORMADA PARA ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS (Documento Informativo)

Cuál es el nombre de la investigación?

Validación de un modelo explicativo de la ideación y el intento suicidas en población escolarizada en los niveles de educación secundaria y superior, de la ciudad de San Juan de Pasto.

En qué consiste esta investigación?

Para esta investigación se ha planteado un modelo teórico que busca explicar cuáles son las variables por las cuales un estudiante puede llegar a pensar o a intentar suicidarse. El objetivo de este estudio es conocer el grado de exactitud con que tal modelo puede explicar esas conductas en estudiantes de colegios y universidades de San Juan de Pasto.

Quién es el responsable de esta investigación?

Este proyecto es adelantado por el Psicólogo Fredy Hernán Villalobos Galvis (celular 312 297 4590) quien es candidato a Doctor en Psicología Clínica y de la Salud, de la Universidad de Granada (España), como parte de su trabajo de tesis doctoral.

Por qué se hace esta investigación?

El suicidio es un problema muy común en la ciudad de San Juan de Pasto, por lo cual se requiere de campañas y acciones que puedan prevenirlo. Con los resultados de este estudio se espera identificar unos factores claves que permitan prevenir e intervenir a tiempo esta problemática en los colegios y universidades de la ciudad.

En quiénes se hará la investigación?

Los cuestionarios se aplicarán a estudiantes de bachillerato o de universidad que tengan entre 10 y 25 años de edad. Para seleccionar a los participantes de esta investigación, se escogerán al azar algunos cursos de una institución, de tal manera que todas las personas que hagan parte de dichos cursos saldrán automáticamente elegidas para participar en el estudio.

Qué deben hacer las personas que participan en esta investigación?

La investigación consiste solamente en que los estudiantes respondan los cuestionarios psicológicos acerca de temas tales como: datos generales, consumo de sustancias psicoactivas, eventos estresores vitales, depresión, desesperanza, autoestima, apoyo social, adaptación y cohesión familiar, solución de problemas, razones para vivir, ideas suicidas e intentos de suicidio.

Por qué se hace esta investigación con adolescentes y jóvenes?

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

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

El hecho de responder estos cuestionarios NO representa riesgo significativo para tu bienestar integral, sin embargo, se puede llegar a presentar un leve cansancio físico por la lectura de todos los cuestionarios. De otro lado, es factible que alguna de las preguntas de los cuestionarios te lleven a recordar eventos o situaciones molestas o desagradables de tu vida. También, es factible que una vez leídas todas las preguntas tú mismo te des cuenta de que hay algunas áreas de tu vida emocional que requieren de atención o de ayuda profesional.

Qué beneficios se obtienen de esta investigación?

El principal beneficio es para la salud de todos los jóvenes de la ciudad de San Juan de Pasto, pues al final del estudio las instituciones educativas y los organismos de salud del municipio tendrán a su disposición la información sobre qué factores intervenir para prevenir el suicidio en los adolescentes y jóvenes de la ciudad.

Además, y como una forma de compensar el tiempo que has invertido en contestar los cuestionarios, si contestas todas las preguntas te podrás inscribir en el **SORTEO DE 2 REPRODUCTORES DE MP3**.

Qué pasa si tengo alguna pregunta?

Cualquier inquietud o pregunta que tengas sobre la investigación, los cuestionarios, los resultados, etc., puedes planteársela al investigador responsable o a los psicólogos que las aplicarán, en cualquier momento. Igualmente, el investigador responsable tiene la obligación de brindarte información relevante, obtenida durante el estudio, aún cuando dicha información pueda afectar tu interés por participar en la investigación.

Qué pasa si yo no quiero participar en la investigación?

El no participar en la investigación NO te generará ninguna consecuencia. Es más, si aceptas pero luego cambias de opinión, puedes retirarte y no pasará nada.

Cómo se manejarán los datos que se recolecten?

En primer lugar, los cuestionarios serán anónimos; es decir que no tendrán ningún dato que permita reconocer a quien lo respondió. En segundo lugar, los datos recolectados serán manejados únicamente por el equipo de investigación. En tercer lugar, se entregará un informe general a cada institución, sin mencionar NUNCA, casos de personas específicas. Por último, las publicaciones científicas que surjan de esta investigación hablarán solamente de cifras globales y en ningún caso se identificará a alguno de los participantes.

Puedo tener una copia de los resultados de mis cuestionarios?

No, ya que su diligenciamiento será completamente anónimo.

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

Este proyecto ha logrado un acuerdo con el Centro de Investigación y Asesoría en Psicología – SINAPSIS, del departamento de Psicología de la Universidad de Nariño, en virtud del cual se ofrecerá atención psicológica al estudiante o a su familia, de manera gratuita, cuando así se solicite. El teléfono para programar la cita de atención es 7311449 ext. 259.

En esta investigación, ¿cuál es la responsabilidad de la institución educativa en la que estoy matriculado?

Ninguna, toda vez que esta investigación es adelantada exclusivamente por el investigador responsable. Por su parte, tu Institución Educativa sólo se vincula permitiendo que podamos aplicar los cuestionarios.

AUTORIZACIÓN INFORMADA

Por medio de la presente, yo, _____, manifiesto que me han pedido participar voluntariamente de la investigación denominada “Validación de un modelo explicativo de la ideación y el intento suicidas en población escolarizada en los niveles de educación secundaria y superior, de la ciudad de San Juan de Pasto”.

Declaro que he leído y comprendido el documento informativo, y que se me han aclarado los aspectos relacionados con el objetivo, los participantes, el procedimiento, los posibles riesgos y molestias y los beneficios que implica esta investigación.

Entiendo que conservo los derechos de retirarme del estudio en cualquier momento, de que la información sea manejada de manera confidencial y anónima, de hacer preguntas en cualquier momento y de ser informado de datos relevantes de la investigación, tal como se expresa en el documento informativo.

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

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