



UNIVERSIDAD DEL BÍO-BÍO

**Facultad de Educación y Humanidades.
Departamento de Ciencias Sociales.
Escuela de Psicología.**

Construcción de un Instrumento que mida Riesgo Suicida en población adulto joven de la ciudad de Chillán.

TESIS PARA OPTAR AL TÍTULO DE PSICÓLOGO.

Autores: Rodrigo Navarrete Riquelme

Elizabeth Soto Cádiz.

Docente Guía: Mauricio Mercado Aravena

Chillán 2013

I- DEDICATORIA.

Más que dedicar el presente trabajo investigativo me gustaría agradecer a todas aquellas personas que contribuyeron a hacerlo posible.

A mi familia, especialmente a mi madre por su apoyo incondicional.

A mis amigos y amigas, especialmente a mi compañero y amigo durante estos cinco años de carrera Rodrigo, ya que sin su apoyo, buen humor e incondicional compañía esta tesis no habría sido posible.

A Mauricio, nuestro guía en el proceso de tesis, pues sin su orientación, colaboración y ayuda esta etapa habría sido aun más caótica.

Y finalmente a todas aquellas personas que de una manera y otra colaboraron en todo el proceso, especialmente a aquellas personas generosas que nos ayudaron con la muestra.

Elizabeth Soto Cádiz.

Quisiera dedicar esta investigación y reconocer a las personas que han sido un apoyo fundamental en este proceso, como lo han sido mi familia, mis compañeros de práctica profesional, mis amigos y amigas de la universidad, especialmente a mi amiga y compañera de tesis Elizabeth, quien con su paciencia, humor y con cuyo sentido de responsabilidad que suplía al mío logramos sacar adelante esta tesis. Quisiera también agradecer a todas las personas que contestaron los cuestionarios y que accedieron a participar, pues sin ellas la investigación no hubiese sido posible. Me gustaría también agradecer a Seayling, porque nos ayudó con los aspectos formales de la misma.

No puedo dejar de mencionar a nuestro supervisor Mauricio, quien nos brindó su apoyo en todo momento.

Rodrigo Navarrete Riquelme

ÍNDICE

I- INTRODUCCIÓN	4
II- PRESENTACIÓN DEL PROBLEMA	6
II.1. Planteamiento del Problema	6
II.2. Justificación.....	7
II.3. Pregunta de Investigación.....	8
II.4. OBJETIVOS	8
III. MARCO REFERENCIAL	9
III.1. ANTECEDENTES TEORICOS	9
III.2. ANTECEDENTES EMPIRICOS	35
III.3. MARCO EPISTEMOLÓGICO	40
IV. DISEÑO METODOLÓGICO.....	44
IV.1. METODOLOGÍA. DISEÑO. HIPÓTESIS	44
IV.2. TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN.	46
IV.3. INSTRUMENTO.	47
IV.4. POBLACIÓN /MUESTRA.	57
IV.5. ANALISIS DE DATOS PROPUESTOS	60
IV.6. CRITERIOS DE CALIDAD.....	60
IV.7. ASPECTOS ÉTICOS.....	64
V. PRESENTACIÓN DE LOS RESULTADOS	66
VI. CONCLUSIONES	72
VII. REFERENCIAS	79
VIII. ANEXOS.....	90

I- INTRODUCCIÓN

La presente investigación tuvo como objetivo la creación de un cuestionario que permita medir el riesgo suicida en población adulto joven de la ciudad de Chillán, cuyas edades van desde los 20 a 29 años de edad.

El término suicidio está compuesto por dos vocablos latinos, “sui” que significa “de sí mismo” y de “caedere” cuyo significado es “matar”, es decir, el suicidio es matarse a sí mismo (Nahuelpan y Varas, 2010).

Durkheim define el término suicidio como “todo caso de muerte que resulta directa o indirectamente de un acto positivo o negativo, cumplido por la víctima misma, que sabía debía producir ese resultado” (1965, citado en Barrionuevo, s/a).

El suicidio es un fenómeno que ha acompañado a los seres humanos desde sus orígenes, sin embargo en cada civilización ha tenido su significación especial, lo mismo que ha ocurrido con el paso de las décadas (De Landa, 2013).

En Oriente el suicidio fue considerado en la antigüedad como elogiado, en Japón el suicidio era considerado como el único medio para superar una situación donde el honor había sido herido, en Roma el suicidio era considerado un deber entre militares y políticos corruptos y durante el Romanticismo, era frecuente por razones de amor no correspondido. Sin embargo, tras la expansión del Cristianismo comenzó a considerarse un pecado contra la Ley de Dios, a ser condenado por la Iglesia y ser considerado un acto voluntario altamente cuestionable moralmente (De Landa, 2013; Rojas, s/a). Actualmente en Chile el suicidio es considerado un delito por el Código Penal, cuando ha existido la participación de terceros (Nahuelpan y Varas, 2010).

El tema lejos de ser un mero debate moral o ético ha surgido como tema de actualidad y preocupación mundial y nacional debido al alarmante y sostenido crecimiento que ha venido presentando a través de las décadas (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2000).

Se ha estimado que a nivel mundial, 10,2 millones de personas realizan algún tipo de conducta autolítica que requiere atención médica y alrededor de 30 millones estarían en riesgo de presentar este tipo de conductas (Nizama, 2011), sin embargo la OMS supone que los datos con los que se cuenta están subestimando el fenómeno (OMS, 2001).

En general se estima que aproximadamente en el mundo hay una muerte por suicidio cada 40 segundos y un intento de suicidio cada 3 segundos, existiendo una cifra desconocida de intentos y suicidios consumados mucho más amplia de lo que actualmente se conoce (OMS, 2000; 2001).

En Chile las cifras más altas de suicidio ocurren en personas mayores de 60 años, sin embargo en el último tiempo es el rango entre 15 a 24 años el que ha presentado un alarmante incremento en sus cifras (Romero, Rubio y Díaz, 2005).

En Chile, el suicidio es la segunda causa de muerte no natural, sólo luego de los accidentes de tránsito (Nahuelpan y Varas, 2010) y se encuentra entre las diez primeras causas de muerte en hombres en la población general y aparece como la primera causa de muerte entre varones de entre 20 y 44 años (Tapia y cols., 2010).

A pesar de estas cifras tan significativas, a nivel nacional no se cuenta con instrumentos estandarizados que permitan la evaluación precisa de esta variable, y a nivel internacional son numerosos los instrumentos que pretenden medirla, sin embargo sólo se centran en un área de todas las que componen el riesgo suicida lo que resulta insuficiente (Tapia y cols., 2010).

La presente investigación busca aportar a la detección precoz del riesgo suicida en población general adulto joven cuyo rango de edad elegido va desde los 20 a los 29 años de edad, que permita la movilización de recursos y estrategias que ayuden a la preservación de la vida a través de un diagnóstico oportuno y rápido.

II- PRESENTACIÓN DEL PROBLEMA

II.1. Planteamiento del Problema

Se considera un suicidio a “aquel acto de violencia que tiene como fin acabar con la vida propia de manera deliberada” (OMS, 2009, p. 2).

El suicidio es un problema contemporáneo debido a su alta prevalencia y su creciente aumento a través de las décadas, no sólo en Chile, sino a nivel mundial (Gutiérrez, Contreras y Orozco, 2006). El preocupante y significativo aumento de las tasas de suicidio en Chile y el mundo hace necesario el estudio del fenómeno y de los factores que en él intervienen, sean estos factores de riesgo, protectores o desencadenantes.

El suicidio es una de las causas de muerte más frecuentes en Chile y la VIII región encabeza la lista desde hace algunos años, manteniéndose siempre dentro de las cinco regiones con la tasa de suicidio más alta de Chile (Nahuelpan y Varas, 2010).

En los últimos años, Chile se ha convertido en el país de Latinoamérica con las más altas tasas de suicidio y a nivel mundial uno de los que más altos índices autolíticos tiene, estimándose que para el 2020 se llegará a 12 suicidios cada 100 mil jóvenes, lo que representa un aumento del 200% (Scheuch, 2012).

En Chile no se han elaborado instrumentos que detecten estadísticamente el riesgo suicida, así como tampoco uno que considere en un mismo instrumento los diversos factores que inciden en este tipo de riesgo (Tapia y cols., 2010). Entre los factores a considerar deben mencionarse los factores biológicos, familiares, ambientales, emocionales e ideacionales, los cuales inciden poderosamente en el riesgo suicida. Más significativa aun es la convergencia entre varios de ellos (Álvarez, Atienza, Canedo, Castro, Combarro, De Las Heras, Fernández y Ferrer, 2012).

En la actualidad, las tasas de suicidio están alcanzando niveles preocupantes. Estas han aumentado un 60% durante los últimos 50 años, siendo este aumento más marcado en los países desarrollados y en el contexto nacional las cifras de muerte por autolisis se acercan cada vez más a las presentadas por éstos (Florenzano, 2008). Considerando lo anteriormente expuesto se hace necesaria la construcción de un instrumento que permita evaluar desde una perspectiva cuantitativa este fenómeno en todas sus dimensiones, pues en Chile aun no se cuenta con una herramienta que posea estas características, ya que ni siquiera se cuenta con un instrumento que mida adecuadamente al menos una de las dimensiones del riesgo suicida (Tapia y cols., 2010).

II.2. Justificación.

La relevancia de crear un cuestionario que posibilite la detección del riesgo suicida reside en intentar identificar de manera temprana tentativas de suicidio en población adolescente y adulto joven de la ciudad de Chillán. Esto permitirá a las autoridades competentes y a los organismos especializados, el diseño de estrategias de intervención a modo preventivo, ya que diversos organismos internacionales han identificado al suicidio como un problema de salud que puede ser, en gran medida, objeto de prevención (Nahuelpan y Varas, 2010; OMS, 2009).

Su utilidad metodológica radica en crear un nuevo instrumento en el país, el cual pretende ser un precursor para nuevas investigaciones en el futuro, ya que en Chile no existen cuestionarios relacionados con el tema del suicidio que hayan sido validados (Tapia y cols., 2010) aunque el tema ya ha sido investigado y es abundante la literatura existente, aún no se ha sistematizado el conocimiento para poder construir un instrumento que mida el riesgo suicida.

Así mismo con la construcción de este instrumento se pretende contribuir a los esfuerzos a nivel país que se están realizando para combatir los alarmantes niveles de suicidio, tales como el Programa Nacional de Depresión, Hospitales Diurnos o Psicólogos en atención primaria (Ministerio de Salud [MINSAL], 2009).

Asimismo, la creación del instrumento servirá para la exploración del suicidio, sus factores y determinantes de riesgo en la ciudad, investigando cómo se comportan las variables que influyen en el suicidio en el contexto local.

II.3. Pregunta de Investigación.

¿Cómo evaluar el riesgo suicida en población adolescente y adulto joven de la ciudad de Chillán, desde una perspectiva cuantitativa?

II.4. OBJETIVOS

Objetivo General

Determinar la presencia de los factores que inciden en el riesgo suicida en población de 20 a 29 años de la ciudad de Chillán, a través de la creación de un instrumento que mida dicho riesgo.

Objetivos Específicos

- Investigar los factores que inciden de forma significativa en el riesgo suicida en población de 20 a 29 años de la ciudad de Chillán.
- Establecer reactivos que compondrán el Cuestionario de Riesgo Suicida para población de Chillán cuyas edades oscilan entre 20 a 29 años.
- Crear un instrumento que posea validez y confiabilidad para cuantificar la presencia de riesgo suicida en población de Chillán cuyas edades oscilan entre 20 a 29 años.
- Validar el instrumento creado en población de Chillán cuyas edades oscilan entre 20 a 29 años.

III. MARCO REFERENCIAL

III.1. ANTECEDENTES TEORICOS

El suicidio tiende a ser interpretado como el fracaso de la persona para enfrentar la adversidad, sobrecarga excesiva del ambiente con ausencia o disminución del apoyo familiar y social (González y O`Farrill, 2003). Desde el sentido común es tratado como un acto de valentía por atreverse o una acción cobarde por no sobreponerse a los problemas. A continuación aparece el estigma cuando el acto suicida es fallido o si la familia lo esconde con vergüenza. Desde la Edad Media la postura frente al suicidio fue de condena, Es decir la causa del suicidio tenía que ver con la responsabilidad de quien lo cometía y en menor medida del ambiente. Hace poco más de un siglo Durkheim inicia el estudio de los factores sociológicos. En los dos últimos decenios se ha iniciado la revisión “científica” de la conducta suicida (Retamal, Luengo y Trebilcock, 2010).

El suicidio es un fenómeno multidimensional y multicausal. Las diversas teorías que han surgido para explicar este fenómeno desde el ámbito sociológico, médico, psiquiátrico, psicológico o las diversas combinaciones de ellas, no han resultado suficientes ni adecuadas para abordar la complejidad de las características del suicida (Eguiluz, Córdova y Rosales, 2010).

Sin embargo, la gran mayoría de los estudios ha logrado comprobar que se presenta una significativa comorbilidad entre intentos de suicidio, problemas psiquiátricos y psicológicos, presencia de estresores psicosociales, diferencias de género y factores genéticos asociados (Gutiérrez y cols., 2006; Pavez, Santander, Carranza y Vera, 2009; Rodríguez, Fernández, Hernández y Ramírez, 2006).

Desde el siglo XX las conceptualizaciones previas del suicidio se establecen en postulados de carácter científico, mediante la creación de teorías explicativas complejas y que reciben aportes desde diferentes disciplinas como la

psiquiatría, la sociología, la neurobiología y la psicología por mencionar las principales (Eguiluz, 2010).

3.1.1 Teoría biológica:

En los últimos años se han sucedido los estudios de genética molecular sobre las conductas suicidas. Algunos autores como Jiménez, Fontecilla, Braquehais Ceverino y Baca-García (2011) sugieren que la predisposición genética a las conductas suicidas es independiente de la predisposición genética a otras enfermedades mentales que aumentan el riesgo de comportamientos suicidas como los trastornos afectivos, la esquizofrenia, o la dependencia de alcohol. De hecho, se habla de una heredabilidad en torno al 55% en los intentos de suicidio graves.

Sumado a este postulado, se hipotetiza que existe estrecha relación entre las conductas suicidas y factores biológicos, específicamente los neurotransmisores y hormonas (Blanco, 2006).

De todos los neurotransmisores relacionados directa o indirectamente con las conductas suicidas y parasuicidas, es la serotonina la que ha recibido una mayor atención por parte de los investigadores, ya que existen numerosas evidencias que vinculan la disminución de la actividad serotoninérgica central con manifestaciones de tipo suicida, así como con otros actos de naturaleza violenta e impulsiva (Pandey, 2003).

En relación con lo anteriormente descrito, se sostiene que en general, la conducta suicida se asocia con una disfunción del sistema serotoninérgico central, habiéndose encontrado bajos niveles de serotonina y de metabolitos en el líquido cefalorraquídeo de pacientes que habían concretado el suicidio. Además, existe una correspondencia directa entre bajos niveles de la serotonina y escaso control de impulsos (Álvarez y cols., 2012).

Por otro lado, estudios realizados en gemelos sugieren que hasta un 45% de las diferencias encontradas en la conducta suicida de estos son explicadas por

factores genéticos. Estas apreciaciones de heredabilidad de la conducta autolítica son similares a las encontradas en otros trastornos mentales, como la esquizofrenia y el trastorno bipolar por mencionar algunos (Bobes, 1996).

Al respecto, Ezzel (2003; citado en Blanco, 2006. p. 18) señala que:

En la conducta suicida se presentan cambios químicos en dos regiones del cerebro: la corteza prefrontal orbital, que está justo encima de los ojos y el núcleo del rafé dorsal del tronco cerebral. Las alteraciones evidencian una reducción de la capacidad de producir y usar la serotonina. En las víctimas de suicidio, el núcleo del rafé dorsal envía a la corteza prefrontal orbital cantidades de serotonina inferiores a las normales.

3.1.2 Teoría cognitivo-conductual

El principal representante de esta teoría es Aaron Beck (s/a; citado en, Eguiluz, 2010) quien plantea que las personas crean categorías mentales de acuerdo a sus experiencias, y a partir de esas categorías las personas perciben, interpretan y estructuran su realidad y orientan sus conductas.

Para comprender el fenómeno del suicidio, Beck (s/a; citado en, Baringoltz, 2008) fundamenta sus explicaciones en base a ciertas patologías mentales, específicamente desde la depresión, en la que el suicidio se produce por distorsiones en el procesamiento de la información, lo que lleva a tener una visión negativa de sí mismo, del ambiente y del futuro.

Sin embargo, Beck, Kovacs y Weissman (1979; citado en González, Díaz, Ortiz, González y González, 2000; p. 4) plantean que:

La ideación suicida se compone de una serie de actitudes, planes y conductas posiblemente relacionadas con los pacientes con ideación suicida que han sido diagnosticados con otros trastornos; sin embargo, la ideación suicida no es una construcción unitaria y sus dimensiones

representan distintos patrones de pensamiento y de conducta, pero que están interrelacionados.

Teniendo en cuenta estos criterios, se entiende que tanto la conducta desadaptada socialmente o incongruente e inadecuada, como sus agentes desencadenantes, se producen porque el sujeto percibe una imagen distorsionada de la realidad, conceptualizaciones que se implementan como puntos de vista negativos sobre sí mismo, su entorno y el futuro (Blanco, 2006).

Como consecuencia, en el marco de esta teoría, se cree que los individuos suicidas tiene una estructura cognitiva especial, diferente de las personas que no presentan perturbaciones o de aquellos cuyas alteraciones emocionales no contemplan el suicidio (Eguiluz, 2010).

Por otro lado, Kelly (1955; citado en Blanco, 2006) y su teoría de los constructos personales coloca énfasis en la manera particular de adaptación al medio que tiene el sujeto, la que está dada en función del desarrollo cognitivo del mismo, el cual le sirve de referencia para procesar las experiencias. Esta teoría se fundamenta en la idea de que la realidad es independiente de la interpretación que la persona haga de ella, siendo esta la condición que orienta y modifica la conducta. Es de esta manera como el suicidio se manifiesta como una forma de depresión que puede aceptar o rechazar la definición de vida.

Hoyos (2005), basándose en la teoría de Kelly, sostiene que la persona suicida tiene una “visión de túnel”, la cual hace que la persona decida no aferrarse ni continuar con la vida, pues siente que esta no le permite participar con agrado y de una manera congruente con sus expectativas y necesidades.

La conducta suicida no se circunscribe exclusivamente al suicidio consumado, existe un espectro que abarca una serie de manifestaciones conductuales (Retamal y cols., 2010) cuyo fin es la autoprovocación de daño con o sin resultado de muerte. Dentro de este continuo se incluye la ideación suicida,

pensamientos, gestos e intentos suicidas, además del suicidio frustrado y suicidio consumado, lo que constituye un intento inadecuado para resolver un problema y por lo tanto siempre se considera grave (Sánchez, Musitu, Villareal y Martínez, 2010; Tapia y cols., 2010).

Por ideación suicida Eguiluz (2010, p. 65) entiende a “aquellos pensamientos intrusivos y repetitivos sobre la muerte autoinfligida, sobre las formas deseadas de morir y sobre los objetos, circunstancias y condiciones en que se propone morir”

La OMS (2000) define el intento de suicidio como un acto no habitual, con resultado no letal, deliberadamente iniciado y realizado por el sujeto, para causarse autolesión. Esta conducta incluye un acto voluntario y deliberadamente iniciado con resultado letal que busca la muerte como instrumento para obtener cambios.

Al respecto, Lazard (1988; citado en González y cols., 2000) agrega que:

Las personas pocas veces llegan al suicidio consumado en forma abrupta; casi siempre hacen fantasías y piensan en él como una forma de solucionar sus conflictos. Cuando la idea de suicidarse ocupa por completo el pensamiento del sujeto, éste imagina que lo lleva a cabo (ideación y fantasías suicidas). Cuando el sujeto piensa y ensaya un método, se crea un proceso autónomo que va cobrando fuerza hasta que comete el acto suicida (p. 3)

Mansilla (2010), realiza la distinción entre varios términos similares que componen el continuo del suicidio. Entre los más importantes conviene destacar, la conducta suicida que corresponde a aquellos comportamientos destinados a conseguir consciente o inconscientemente la propia muerte.

Entre estas se cuentan las conductas irresponsables como manejo en estado de ebriedad, algunos deportes extremos y cruzar descuidadamente una

calle. El suicidio consumado que es el acto suicida que se ha llevado a cabo con éxito, teniendo como resultado obvio la muerte. También se puede distinguir el suicidio frustrado que es aquel acto suicida en que no ha conseguido el objetivo por alguna circunstancia imprevista.

Por otro lado la ideación suicida corresponde a los pensamientos y planes para llevar a cabo un acto suicida (Venceslá y Moriana, 2002). A esta definición se puede sumar lo que sostiene Eguiluz (2010) como ideación suicida, siendo “aquellos pensamientos intrusivos y repetitivos sobre la muerte autoinfligida, sobre las formas deseadas de morir y sobre los objetos, circunstancias y condiciones en que se propone morir” (p. 67). Por otro lado se considera un gesto suicida como dar a entender con actos (que suelen tener algún simbolismo) sobre una acción suicida que se realizará, como por ejemplo encontrar alguna carta de despedida y deshacerse de objetos preciados (Tuesca y Navarro, 2003). Junto a esta idea se encuentra la amenaza suicida, considerada como la verbalización acerca de alguna acción suicida que se planea ejecutar (Morocho, 2007). Sumado a lo anterior está el intento de suicidio, el cual comprende todos aquellos actos autolesivos intencionales con diferente grado de intención de morir y de daño que no tienen un final letal (Mardomingo, 1994). Finalmente el parasuicidio o lesión deliberada sería un conjunto de conductas donde el sujeto de forma voluntaria e intencional se produce daño físico, cuyo objetivo es únicamente el dolor, desfiguración o daño de alguna función o parte del cuerpo, pero sin la intención objetiva de quitarse la vida. Un clásico ejemplo de esto serían los cortes en las muñecas que se realizan algunas personas, que sólo les provocan daño más no la muerte (Goldney, 1989; Mansilla, 2010).

Algunos autores como Mardomingo (1994) señalan como factor de riesgo cualquier conducta del espectro suicida. Otros como Choquet, Facy y Davidson (1980) diferencian la población que realiza un intento autolítico impulsivo, no premeditado y con baja probabilidad de consumarlo de los que realizan uno premeditado e intencionado. En el primero no habría trastorno psiquiátrico asociado, ni graves problemas en el medio familiar y sería posible identificar un

factor desencadenante, mientras que en el segundo habría trastornos psiquiátricos, un medio familiar conflictivo y no sería fácil identificar un factor desencadenante.

Riesgo suicida

El término riesgo suicida es definido por Baader, Urra, Millán y Yáñez (2011) como “la suma de todas las formas de pensamiento y comportamiento humano o de grupo de humanos, que cognitivamente, a través del comportamiento activo, o dejándose estar, buscan con anhelo la propia muerte, o que consideran dentro de las posibilidades de su accionar esta consecuencia” (p. 303).

Por su parte Eguluz (2010; p. 68) entiende el riesgo suicida como “la probabilidad de autolesión” y Mansilla (2010, p.4) propone que el riesgo suicida es “la probabilidad de que una persona atente deliberadamente contra su vida”. Finalmente se define el riesgo suicida como aquel “término utilizado para referirse a los sujetos en riesgo de cometer un acto suicida en un futuro inmediato o aquellos que lo pudieran cometer durante sus vidas” (Mansilla, 2010).

Factores asociados a riesgo suicida

El suicidio es un fenómeno complejo y en el influyen características propias del individuo así como también condiciones del entorno social, histórico o cultural en que está inmersa la persona (Aja, 2007). Así, el suicidio debe ser considerado un hecho de causa multifactorial en el cual intervienen factores biológicos, psicológicos y sociales (Arlaes, Hernández, Álvarez y Cañizares, 1998).

Las causas del suicidio son complejas y son el resultado de la confluencia de multitud de situaciones y factores que se combinan entre sí que generan un abanico de conductas suicidas que van desde la simple ideación hasta el suicido consumado (Venceslá y Moriana, 2002). Algunas personas parecen especialmente vulnerables al suicidio cuando tienen que enfrentarse a alguna

situación vital especialmente difícil o a una combinación de factores o situaciones estresógenas. El desafío a nivel de prevención es identificar qué personas son las más vulnerables y ante qué situaciones, para poder intervenir y prevenir un desenlace fatal. Las diversas investigaciones han detectado una serie de factores de riesgo de la conducta suicida. Sin embargo cómo interactúan estos factores y cómo dan lugar a la conducta suicida es complejo y relativamente desconocido. A pesar de estas dificultades estos factores han sido combinados para identificar a los grupos de mayor riesgo (Negredo, Melis y Herrero, 2010).

Los factores de riesgo hacen referencia a las características individuales o ambientales que aumentan la probabilidad de que una persona pueda cometer un acto suicida (Mansilla, 2010). Para complementar la información, Aja (2007; p.10), define los factores de riesgo como “aquellas condiciones de orden personal o circunstancial que pueden dar indicios sobre la posibilidad de una conducta suicida en un individuo”.

Los factores de riesgo de la conducta suicida son numerosos, encontrándose a veces datos contradictorios (Venceslá y Moriana, 2002). El mayor o menor riesgo suicida se encuentra ligado a la presencia o ausencia de diversos factores. El nivel de riesgo aumenta proporcionalmente según el número de factores presentes, si bien algunos tienen un peso específico mayor que otros la conjunción de varios de ellos resulta especialmente significativa y peligrosa por el riesgo que supone para la vida (Álvarez y cols., 2012).

Entre estos factores se encuentran:

a) Factores personales y familiares

El sexo de quienes atentan contra su vida es un factor relevante que no debe ser descuidado. Diversas investigaciones han permitido concluir que los hombres presentan mayores tasas de suicidios consumados mientras que las mujeres presentan un mayor número de intentos no exitosos (Abellan, 2005; Aja, 2007; Álvarez, 2010; Arlaes y cols., 1998; García, Sahagún, Ruiz, Sánchez, Tirado

y González, 2010; OMS, 2001; Vega y García-Onieva, 2008). Así, se tiene que las mujeres intentar suicidarse 3 a 4 veces más que los hombres, pero éstos consuman la autolisis 2 a 3 veces más que las mujeres (Nahuelpan y Varas, 2010; Rueda-Jaimes, Díaz, Rangel, Castro-Rueda y Camacho, 2011; Taborda y Téllez, 2009).

Si bien las tendencias varían de una localidad a otra o de un país a otro se ha podido concluir que por cada hombre que intenta el suicidio 3 mujeres lo intentarían. Pero, por cada mujer que logra consumar el suicidio 3 hombres lo conseguirán también (Tapia y cols., 2010). Sin embargo, aun no existen estudios que expliquen esta diferencia, aunque se cree que en ella podría influir la utilización de métodos más violentos y letales por parte de los hombres como el uso de armas de fuego, el ahorcamiento o la precipitación de altura. Mientras que las mujeres optan más frecuentemente por la ingesta de medicamentos o venenos, pues se cree que ellas tienden a la vanidad al querer conservar íntegramente su cuerpo aun después de la muerte (Eguiluz, Córdova y Rosales, 2010). Sumado a ello se ha determinado una alta prevalencia de trastornos mentales tanto en hombres como mujeres que han logrado acabar con su vida, siendo los trastornos de personalidad y de ánimo comunes a ambos sexos. En los hombres predominan trastornos relacionados con tóxicos y trastornos de personalidad, mientras que las mujeres presentan con mayor frecuencia trastornos del estado de ánimo, especialmente depresión (Bobes, Giner y Saiz, 2011).

Igualmente se piensa que podrían influir los efectos de la socialización, ya que a las mujeres se les permite la manifestación de sus emociones al igual que se espera que las mujeres soliciten ayuda cuando la necesiten, aspectos que a los hombres se les están negados, pues se espera de ellos que sean más fríos, racionales y serenos. Se desprende de lo anterior que los hombres se sumen en la desesperación al no tener el permiso social de expresar sus emociones o buscar ayuda (Aja, 2007; Taborda y cols., 2009) y además suelen ser más agresivos e impulsivos, lo que evidentemente influye poderosamente en el resultado final de sus actos (OMS, 2009).

El antecedente familiar de suicidas es otro factor importante, especialmente si se trata de los familiares de primer grado. Se entiende como familiares de primer grado a la madre, al padre, hermanos y descendencia de la persona suicida (Mann, Bortinger, Oquendo, Currier, Li y Brent, 2005). Se ha determinado que aproximadamente un 5% de quienes se han quitado la vida presentan antecedentes familiares de suicidio (Soler y Gascon, s/a), ya que las conductas suicidas tienden a acumularse en las familias (Mann y cols., 2005).

Rubenstein y Federman (1992; citado en, Aja, 2007; p. 13) señalan que:

La existencia de suicidios de personas cercanas o en el núcleo familiar aumenta el riesgo de suicidio. Con respecto a la familia, se piensa en el posible papel que la herencia pueda jugar: "... el riesgo de suicidio aumenta por el antecedente familiar de suicidio positivo. Este riesgo elevado parece ser resultado en parte por la alta probabilidad de heredar un trastorno psiquiátrico, sobre todo un trastorno afectivo. Sin embargo, el antecedente familiar de suicidio constituye un riesgo adicional independientemente del diagnóstico del individuo".

Como complemento a lo anterior, Mann y cols., (2005) sostienen que la conducta suicida de carácter familiar no debe explicarse únicamente debido a los trastornos del estado de ánimo familiares, ya que un conjunto de factores se relacionan con los antecedentes familiares de conducta suicida, entre ellos, una edad de inicio más precoz de la depresión, la existencia de malos tratos durante la infancia y niveles de agresividad más elevados.

Roy (1993; citado en Bobes y cols., 2011) destaca la importancia de la genética en el suicidio y en los intentos de suicidio, estimando que estas conductas se explican en un 43% por factores genéticos, siendo el porcentaje restante dependiente de factores ambientales.

Brent y Mann (2005; citados en Bobes y cols., 2011) señalan que:

Los factores genéticos juegan un papel importante en la vulnerabilidad o predisposición hacia la conducta suicida. De modo que la herencia de la conducta suicida parece estar determinada por, al menos, dos componentes: uno, la propia transmisión de las enfermedades mentales, y otro, la dotación genética relacionada con la agresividad, impulsividad y otros factores de personalidad (p. 63).

También deben ser considerados los antecedentes familiares de autolesiones (Climent, Castrillon, Miranda, González, Conde y Torres, 2008; OMS, 2001; Retamal y cols., 2010), pues las conductas suicidas son más frecuentes en los familiares de individuos que efectuaron tentativas de suicidio que en los individuos psiquiátricos de control que no las efectuaron (Mann y cols., 2005).

En esta tipificación de factor de riesgo juega un papel importante la alta probabilidad de heredar un trastorno psiquiátrico especialmente de tipo afectivo, aunque como plantean Rubenstein y Federman (1992; citado en Aja, 2007) “el antecedente familiar de suicidio constituye un riesgo adicional independiente del diagnóstico del individuo” (p.13). Pero se debe dejar en claro que no se hereda directamente una predisposición al suicidio, sino más bien factores de vulnerabilidad como por ejemplo una tendencia a la depresión.

Otro aspecto importante que debe ser mencionado es que sumado a la heredabilidad de factores de vulnerabilidad se encuentran también la idea del aprendizaje familiar o la idea de contagio del suicidio, aunque es una teoría que aun no es del todo delimitada, pero como fundamento en ella se ha encontrado que los hijos de quienes se suicidaron tienen seis veces más probabilidades de intentar el suicidio comparado con hijos de pacientes deprimidos que no han intentado quitarse la vida (Aja, 2007; Taborda y Tellez, 2009).

En un estudio realizado por Mann y cols. (2005) se concluyó que:

El comportamiento suicida se relaciona estrechamente con la presencia de trastornos del estado de ánimo. Existen pruebas, sin embargo, de que los índices superiores de conducta suicida en los familiares de individuos con tentativas de suicidio no se explican totalmente por los índices superiores de trastornos del estado de ánimo en estos mismos familiares. Los factores genéticos contribuyen al riesgo de presentar conductas suicidas, y los resultados disponibles sugieren que esta contribución se suma a la contribución genética a la transmisión de los trastornos del estado de ánimo. Los estudios en gemelos demuestran la tendencia hereditaria de la conducta suicida, revelando algunos estudios que los factores genéticos pronostican el 17-45 % de la varianza de dicha conducta (2, 3) y que los factores genéticos y la influencia ambiental compartida explican el 35-75 % de la varianza del riesgo de presentar comportamientos suicidas (p.23).

Slaikeu (1988; citado en Aja, 2007) sostiene que el estar atravesando un proceso de duelo puede actuar como un precipitante importante de la conducta suicida, ya que la persona puede buscar a través de la muerte la posibilidad de reunirse nuevamente con el ser querido fallecido.

La orientación sexual de las personas también juega un rol importante pues se ha encontrado relación entre homosexualidad e ideación y conductas autolíticas. En un estudio realizado por Schlatter, Irala y Escamilla (2005) en el cual se revisaron diversos trabajos previos sobre homosexualidad y comorbilidades asociadas, se pudo concluir que las personas homosexuales y bisexuales tiene una tendencia a presentar un porcentaje más elevado de

trastornos de la afectividad, especialmente depresión o síntomas depresivos y en menor medida bipolaridad, también una mayor tendencia a padecer de trastornos de ansiedad, trastornos por consumo de alcohol y abuso de sustancias tóxicas y presencia de conductas y pensamientos autolíticos, en que los diversos autores revisados concluyen que las personas homosexuales, tanto hombres como mujeres, presentan una mayor frecuencia de pensamientos y conductas autolíticas, no concluyéndose si se presenta más en mujeres homosexuales u hombres homosexuales, sin embargo aun no se puede concluir si es que existen también más suicidios consumados en esta población, traduciéndose así los pensamientos y conductas suicidas en un hecho consumado. A pesar de aun ser un campo no del todo explorado y del que no se pueden aventurar conclusiones certeras, si se puede aseverar que en comparación con la población general las personas homosexuales, tanto hombres como mujeres si presentan un mayor porcentaje de trastornos depresivos, trastornos de la afectividad, trastornos por consumo de alcohol y sustancias tóxicas y pensamientos y conductas autolíticas, estimándose que los homosexuales muestran de 2 a 6 veces más probabilidades de cometer suicidio que la población heterosexual (Granado y Delgado, 2008).

b) Factores estresores ambientales

El suicidio está más presente entre personas solteras, separadas y viudas que entre aquellas que si tienen una pareja, destacando la separación que incrementa el riesgo suicida en cuatro veces (Bobes y cols., 2011). Sin embargo, Irigoyen (1997; citado en Venceslá y Moriana, 2002) plantea que en la edad adulta el matrimonio actúa como factor protector, mientras que en la adolescencia el estar casado actúa como factor de riesgo.

El haber sufrido fallecimiento o pérdidas recientes de familiares o amigos actúa como un precipitante de la conducta suicida, así mismo el matrimonio parece actuar como factor protector para los hombres (aunque no para las mujeres), igualmente es importante destacar que el suicidio presenta altas tasas

en viudos jóvenes, lo que indica que la viudez se puede asociar a un mayor riesgo de suicidio. Así, se ha calculado que el riesgo suicida se incrementa en 15 veces en los viudos varones, lo que se podría deber a que los hombres necesitan más tiempo para elaborar el duelo, tienen menos relaciones afectivas cercanas fuera del matrimonio y presentan más dificultades para poder expresar sus emociones. El riesgo es más elevado durante el primer año tras la pérdida de la esposa y se mantiene hasta cinco años tras el fallecimiento (Bobes y cols., 2011).

Kreitman (s/a, citado en Bobes y cols., 2011) postula que aquellos que enviudan en la primera mitad de su vida tiene un riesgo mayor que aquellos que enviudan en la segunda mitad de la vida, riesgo que se incrementa en 17 veces si se trata de viudos varones.

Otro dato especialmente relevante es que los suicidios son más frecuentes entre personas desempleadas y en jubilados, lo que se relacionaría con las dificultades económicas que tanto desempleados como jubilados atraviesan y a los sentimientos de inutilidad y la pérdida de roles que se asocian (Blanco, 2006; Bobes y cols., 2011; Mann y cols., 2005). En concordancia con lo anterior Negrodo y cols. (2010) plantean que la pérdida reciente de un empleo se asocia a un mayor riesgo de comportamiento suicida, más que el hecho de estar desempleado desde hace más tiempo. Diversos estudios postulan que el riesgo suicida se incrementa entre dos a cinco veces en personas desempleadas y es ligeramente más elevado si se trata de varones, personas menores de 45 años, desempleados recientes, que consumen alcohol, que tienen algún trastorno de personalidad y problemas financieros de y de pareja (Bobes y cols., 2011).

También deben ser consideradas las dificultades académicas o laborales, el bajo nivel educacional, problemas de vivienda como ser indigente, no contar con vivienda propia o vivir en hacinamiento, procesos legales inminentes, encarcelamiento o próxima libertad carcelaria ya que se estima que en los reclusos el riesgo de suicidio es entre cuatro a nueve veces más alto que en

población general y alta hospitalaria, ya que se ha estimado que luego de los dos primeros meses después de haber sido dados de alta los pacientes presentan un alto nivel de riesgo suicida, el que se incrementa si existe algún antecedente de enfermedad mental. Otro indicador importante corresponde a los abusos físicos o sexuales recientes o en la infancia, abuso y humillaciones sociales y finalmente acoso escolar o laboral. También resulta significativo el que bajos niveles de cohesión familiar están asociados a un mayor riesgo de ideación suicida, siendo por el contrario la cohesión familiar un factor protector contra la ideación suicida (Aja, 2007; Álvarez, 2010; Arlaes y cols., 1998; Climent y cols., 2008; Martínez, Moracén, Madrigal y Almenares, 1998; Muñoz, Pinto, Napa y Perales, 2006; Retamal y cols., 2010; Taborda y Tellez, 2009; Reyes, Castro, Polo, y Ceballos, 2005).

c) Enfermedades psiquiátricas, síntomas psicológicos y rasgos de personalidad.

Diversos estudios han concluido que la mayoría de las personas que cometen suicidio presentan algún trastorno mental y que tanto el suicidio como los comportamientos suicidas son mucho más frecuentes en población psiquiátrica que en población general (OMS, 2001). La presencia de un diagnóstico de desorden mental aumenta el riesgo suicida pero la patología en sí no es la causa directa o única del suicidio (Aja, 2007).

La existencia de un trastorno psiquiátrico está fuertemente ligada al suicidio, y son los trastornos del estado de ánimo los que constituyen la categoría diagnóstica más frecuente entre las personas que se suicidan (Negredo y cols., 2010).

Como ejemplo más ilustrativo y clásico se encuentra la depresión que supone un riesgo de suicidio 20 veces mayor respecto a la población general y es un buen predictor de ideación suicida siendo la depresión endógena mucho más

letal que la exógena, pues intento suicida, ideación suicida y depresión aparecen frecuente y significativamente asociados (Álvarez y cols., 2012; Bobes y cols., 2011; Cubillas, Román, Abril y Galaviz, 2012; Urzúa y Caqueo, 2010), así mismo, la depresión es el diagnóstico más común en personas que han consumado el suicidio (OMS, 2001). Y si la depresión aumenta el riesgo en 20 veces, el trastorno bipolar lo aumenta en 15 veces y la distimia en 12 veces (Bobes y cols., 2011).

Por el contrario, Rubenstein y Federman (1992; citado en Aja, 2007) plantean que:

No todos los casos de depresión finalmente acabarán en suicidio, al igual que no todo caso de suicidio es el resultado de una depresión. Simplemente existe una alta correlación entre ambos eventos y no necesariamente habría que pensar para todos los casos en una línea de causalidad (p.15).

Si a un trastorno del ánimo como la depresión se le suman antecedentes familiares de la misma patología, el nivel de riesgo se incrementa de manera significativa (Aja, 2007).

Se debe tener en cuenta también cuales son los síntomas asociados a la depresión según la edad, ya que según Ezzel (2003; citado en Blanco, 2006.), la depresión en personas de 6 a 18 años se caracteriza más por la irritabilidad que por la tristeza- a diferencia de los adultos- y se presenta con mayor frecuencia en relación con otras condiciones como ansiedad, trastornos de la conducta, hipercinesia y problemas de aprendizaje.

Así mismo son importantes los trastornos del humor, el uso de sustancias adictivas, particularmente el alcohol y uso de drogas, pues que implica que el riesgo suicida sea seis veces mayor en las personas que abusan de estas

sustancias que en la población general ya que el consumo constituye una puerta de entrada al pensamiento suicida debido a que provoca estados depresivos transitorios y una desinhibición de conductas autodestructivas (Álvarez y cols., 2012; García y cols., 2010; Jiménez, Lozano, Rodríguez, Vargas, Rubio y López, 2005; Urzúa y Caqueo, 2010).

Así mismo, el uso de múltiples sustancias (opioides, cocaína, cannabis, etc) aumenta el riesgo suicida en alrededor de 20 veces y si a ello se suma un trastorno depresivo el riesgo es aun más alto (Bobes y cols., 2011).

En lo que se refiere al consumo de alcohol se estima que más o menos un tercio de las personas que han consumado el suicidio dependía de esta sustancia y que entre un 5 a 10% de quienes consumen alcohol acaban con su vida a través del suicidio (OMS, 2001; Urzúa y Caqueo, 2010). El alcoholismo es un factor de riesgo base y a la vez actúa como precipitante, ya que genera un caos en el ambiente del sujeto, el cual se suma a la escasez de habilidades para resolver problemas y dificultades interpersonales (Semana, 1992; citado en Blanco, 2006). Además, se estima que el abuso del alcohol está presente entre un 25- 50% de los casos de suicidio consumado y aumenta el riesgo suicida en seis veces sobre la población general y si al alcoholismo se le suman factores como problemas familiares, laborales, depresión, enfermedades médicas, trastorno de personalidad o del control de impulsos el riesgo de suicidio es aún mayor (Bobes y cols., 2011).

El padecer una patología psicótica como la esquizofrenia supone un riesgo altamente significativo, el cual es entre 30 a 40 veces mayor que para la población general. Sumado a lo anterior, se ha determinado que en pacientes con esta patología son más frecuentes los intentos que la consumación del suicidio (Aja, 2007). Los pacientes con esta patología que tienen más riesgo de cometer suicidio son los hombres jóvenes, solteros y desempleados, que son propensos a recaídas frecuentes, están atravesando una etapa temprana de la enfermedad, están deprimidos y sean paranoides y suspicaces (OMS, 2001).

Bobes y cols. (2011) estiman que alrededor de un 20% de los pacientes que presentan un trastorno de angustia o fobia social realizará un intento de autolisis a lo largo de su vida y, además si a este trastorno se asocia un cuadro depresivo, la probabilidad de suicidio consumado se incrementa.

Existen importantes evidencias que relacionan la personalidad de los individuos a los intentos de suicidio. Entre los más significativos se pueden mencionar características de personalidad tales como introversión, dificultad para expresar las emociones, perfeccionismo, pesimismo, dependencia, rigidez cognitiva, conductas autopunitivas, búsqueda de atención y conductas impulsivas, agresivas o antisociales. Por otro lado existe una relación importante entre la ideación suicida, suicidio y rasgos de personalidad como neuroticismo y también se ha descubierto que más de un tercio de las personas que han consumado la conducta autolítica poseían algún trastorno de personalidad o trastorno psiquiátrico (Becerra, Páez, Robles y Vela, 2005).

Bobes y cols. (2011) plantean que:

Los trastornos de personalidad tienen una particular relevancia, ya que pueden determinar la conducta suicida de varias formas: predisponiendo a trastornos mentales mayores como depresión o alcoholismo, conduciendo a problemas en las relaciones interpersonales y en el ajuste social, precipitando acontecimientos vitales indeseables o deteriorando la capacidad de afrontar un trastorno físico o mental (p.75).

Entre los trastornos de personalidad más significativos está el trastorno antisocial y el trastorno límite de la personalidad, entre los cuales se presentan más altas tasas de intento que de consumación y en comparación a otros trastornos, la consumación es baja pero siempre más alta que en población general (Aja, 2007). Igualmente destacables son las crisis de angustia, estrés

crónico y trastorno bipolar que supone un riesgo 15 veces mayor en estos casos que en la población general (Álvarez, 2010; Álvarez y cols., 2012, García y cols., 2010). Especial atención merece el trastorno límite de la personalidad, cuya presencia aumenta considerablemente el riesgo suicida debido a la dinámica y a los rasgos de personalidad propios de este trastorno, como son la impulsividad, la desesperanza, el comportamiento antisocial, la desesperación y las relaciones interpersonales caóticas. Su coexistencia con otros trastornos psiquiátricos hace que las personas tengan un riesgo elevado, ya que también influye la propia perspectiva que tienen del suicidio, es decir, la identificación de los factores psicológicos del suicidio y la objetivización del intento y comportamiento suicidas (Jacobs, 1992, citado en Negrodo, 2010).

Autores como Haw, Hawton, Houston y Townsend (2001; citado en Negrodo y cols., 2010) sostienen que existe comorbilidad entre trastornos psiquiátricos y de personalidad, ya que los pacientes que presentan ambos diagnósticos simultáneamente tienden a presentar sintomatología depresiva persistente, sentimientos de desesperanza, más episodios de agresión e impulsividad, una baja autoestima y déficits en su capacidad de resolución de conflictos.

Shneidman (1976; citado en Quintanilla, Valadez, González, Vega, Flores y Valencia, 2004) sostiene que los componentes de la conducta suicida son la hostilidad manifestada hacia sí mismo que en el momento mismo del suicidio se ve aumentada. La perturbación se refiere a un estado de inquietud, preocupación y se asocia a un estado emocional de pena, culpa y amargura. La constricción es el componente cognitivo en que la persona percibe la realidad focalizándose solo en los elementos negativos y presentando un pensamiento dicotómico. La conjunción de estos tres elementos, es decir, la hostilidad, la perturbación y la constricción dan como resultado el cese, que es la idea de dormir eternamente, es decir, la idea de morir como una solución, y es cuando esta idea aparece que el riesgo suicida se hace especialmente significativo.

e) Enfermedades físicas

Un grupo de factores importante a tener en cuenta en los intentos y/o consumaciones de suicidio es la presencia de enfermedades médicas que sean discapacitantes, dolorosas y/o terminales (Roca y Bernardo, 1996; citado en Negrodo y cols., 2010). La OMS (2000) destaca que la probabilidad de desarrollar algún comportamiento suicida aumenta cuando existen afecciones dolorosas, crónicas, con pronóstico negativo y que provocan inhabilidad, tales como epilepsia, lesiones en la médula espinal o en el cerebro, accidentes cerebrovasculares, cáncer, Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) y afecciones crónicas como diabetes, esclerosis múltiple, enfermedades renales y hepáticas crónicas, trastornos óseos y articulares con dolor crónico, enfermedades cardiovasculares y neurovasculares e incluso trastornos sexuales. También significativos por aumentar el riesgo suicida son los padecimientos físicos asociados al dolor crónico, desfiguración o pérdida de la funcionalidad y alteraciones del sueño pues sus efectos en apariencia no demasiado graves se hacen más significativos cuando se combinan con depresión e ideación suicida, sumado a lo anterior, estos problemas de salud pública se hacen cada día más frecuentes en la población de los países desarrollados y en vías de desarrollo. (Carrillo, Valdez, Vázquez, Franco, De la Peña, y Martínez, 2010; García y cols., 2010).

El SIDA y el cáncer también representan un factor importante, ya que el riesgo suicida se duplica en los pacientes con cáncer, siendo el riesgo aun mayor dentro de los primeros cinco años después del diagnóstico, cuando el paciente es varón y se está sometiendo a quimioterapia (OMS, 2001) y se eleva de manera significativa en los afectados por SIDA. En lo que se refiere al SIDA, el riesgo se eleva de manera significativa cuando a la enfermedad y al estigma que ésta acarrea se suma un mal pronóstico. Se estima que luego del diagnóstico y si es que la persona no ha sido correctamente orientada es cuando el riesgo de atentar contra sí mismo es más alto (Álvarez, 2010; OMS, 2001).

f) Factores intrapsíquicos.

Uno de los factores de riesgo de comportamiento suicida a largo plazo es la desesperanza, entendida como una percepción negativa del futuro (Mojica, Saénz y Rey-Anacona, 2009) ya que no es una sensación exclusiva de la depresión, por el contrario, está también presente en trastornos tales como la esquizofrenia, los trastornos de ansiedad y trastornos médicos crónicos.

Otro factor importante indicativo de riesgo de suicidio es la desesperación, ya que implica no solo un sentimiento de desesperanza por un cambio, sino la convicción de que la vida es imposible sin dicho cambio (Ghosh y Victor, 1996; en Negredo y cols., 2010).

Además, suelen estar subyacentes en el pensamiento y conducta suicida el sentimiento de culpabilidad, la vergüenza y la humillación, en ocasiones relacionados con estresores comunes como separaciones, rechazos, conflictos, problemas económicos, e incluso cambios en el estatus ocupacional o financiero (Negredo y cols., 2010).

En lo que se refiere al aislamiento social, Bobes y cols. (2011) sostiene que éste aumenta de forma significativa el riesgo suicida en todas las edades e influye más poderosamente en el suicidio que en las tentativas, debido quizás a que el grado de aislamiento en personas que han logrado acabar con su vida es mayor.

La OMS (2001) ha definido tres rasgos particulares en el estado de ánimo de las personas suicidas. El primero de ellos es la ambivalencia, en la que el deseo de morir y de vivir libran una batalla. En ellos existe el deseo de alejarse con urgencia del dolor que significa vivir y al mismo tiempo existe en el fondo el deseo de vivir. Muchas personas suicidas en realidad no desean morir, simplemente no están contentas con la vida. El segundo rasgo lo compone la impulsividad, describiéndose al suicidio como un acto impulsivo y transitorio que

dura unos pocos minutos u horas a lo máximo y que es desencadenado por eventos negativos o adversos. Finalmente, el tercer rasgo es la rigidez de los pensamientos y sentimientos, las personas suicidas contantemente están pensando en quitarse la vida y no son capaces de percibir salidas a sus problemas.

g) Conducta suicida previa, oportunidad y factibilidad.

Para Blanco (2006) la oportunidad se refiere a “los factores ambientales que propician los espacios para adoptar conductas de riesgo”. Entre ellos se puede mencionar al acceso a armas de fuego, venenos, pesticidas u otros, es decir, la disponibilidad inmediata de un método para acabar con la vida (p.30).

Otro factor importante es la planificación del método a seguir para concretar la autolisis, siendo mucho más peligroso un plan prolijamente pensado, que un intento producto de por ejemplo un arranque de enojo, carente de toda planificación (León, 2009).

Aja (2007) sostiene que el plan implica que la persona ha identificado o ideado un donde, un cómo y un cuando para quitarse la vida. Por otro lado, la intencionalidad de las autolesiones no debe ser un factor que se deba descuidar. La intencionalidad se refiere a la real intención de cometer el suicidio y se asocia al grado en que la persona desea morir al momento de atentar contra su vida, siendo éste un poderoso predictor del suicidio (OMS, 2000; Tapia y cols., 2010).

Respecto a los factores climáticos no se han obtenido datos concluyentes, siendo contradictorios entre los diferentes estudios, aunque si se puede resaltar una mayor incidencia en los meses de primavera-verano (Venceslá y Moriana, 2002). En concordancia con el tema, Abellán (2005) plantea que no existen diferencias estacionales en el suicidio; pero en general, y para toda la población,

los meses de verano registran mayor número de fallecimientos, mientras que los de invierno ofrecen cifras más bajas.

Como factor de riesgo se puede considerar el “suicidio por imitación” (OMS, 2000) el cual se puede producir cuando se informa a una persona de que alguien de su entorno (familiares, amigos, compañeros de trabajo) se han quitado la vida o al menos lo han intentado. Si el sujeto que recibe esta información se encuentra en un estado de vulnerabilidad o de riesgo, es posible que la probabilidad de suicidio aumente debido a la imitación de la conducta.

Por otro lado, la manera en que los medios de comunicación tratan el suicidio puede favorecer un “efecto contagio”. Así la información sobre el suicidio con muchos detalles, dar la noticia de forma sensacionalista o cuando el suicidio se aborda con admiración (valentía, romanticismo etc.) puede favorecer la aparición de conductas de imitación, especialmente en adolescentes y adultos jóvenes. Esto, sin embargo, no ocurre cuando la información se enfoca a sensibilizar a la población y prevenir el suicidio (OMS, 2009).

Además, la letalidad del método a utilizar es un factor que se relaciona estrechamente con los factores mencionados anteriormente y entre más letal sea considerado el método empleado por la persona mayor será el riesgo suicida que acarreará (Aja, 2007). Así mismo se ha postulado que la elección del método se relaciona estrechamente con la intencionalidad, es decir, a mayor letalidad del método elegido, mayor es el deseo de morir (Mcintosh, 1992: citado en Aja, 2007).

Bobes (2004; citado en Blanco, 2006) plantea que el suicidio es el punto de culminación de un complejo proceso que inicia con la ideación suicida y que puede culminar con la muerte. La importancia de estas ideas radica en que la asociación de ellas junto a otros factores constituye un riesgo aun mayor de que una persona pueda atentar contra su vida de manera deliberada y es así mismo un importante

predictor de futuras conductas autolesivas o de intentos de suicidio. La ideación suicida, según Beck (1985, citado en Blanco 2006) se refiere a “los pensamientos persistentes, planes o deseos de cómo cometer el suicidio” (p.13).

Por otra parte también deben ser consideradas las conductas autolesivas que Kirchner, Ferrer, Forns y Zanini (2011) definen como “la realización socialmente inaceptable y repetitiva de cortes, golpes y otras formas de autoagresión que causan lesiones físicas leves o moderadas” (p. 227).

En relación a lo anterior Kirchner y cols. Señalan que:

Aunque el comportamiento autolesivo es conceptualmente distinto del suicidio, múltiples estudios muestran una relación muy estrecha entre ambos, siendo las conductas autolíticas un claro factor de riesgo para las tentativas suicidas, ya que tras una autolesión el riesgo de cometer suicidio oscila entre el 0,5 y el 2% en el año siguiente. Algunos investigadores plantean un *continuum* entre la conducta autolesiva y el suicidio, ya que ambos comparten un elemento esencial que es la autoinflcción de daño y únicamente se diferencian en la seriedad de la lesión causada (p.227).

Otro punto a lo largo del *continuum* del suicidio lo representan los antecedentes de intentos de suicidio previos, ya que aumenta el riesgo de un nuevo intento (García y cols., 2010. Tapia y cols., 2010), siendo el predictor más fuerte de suicidio y el más universal de todos los conocidos (Retterstol y Melum, 2001; citado en Álvarez, 2010). Se ha estimado que las personas con intentos de suicidio previo tienen una probabilidad cuatro veces mayor de volver a intentarlo, siendo el nivel de riesgo más elevado durante el primer año de ocurrido el intento suicida (García, Palacio, Arias, Ocampo, Calle, Restrepo, Vargas y López, 2007). Así mismo, en los casos de suicidio consumado se ha podido determinar que en un alto porcentaje de ellos existían antecedentes de intentos previos (Sarró y de la

Cruz, 1991; citado en Aja, 2007). Freeman y Reinecke (1995; citado en Aja, 2007) sostienen que alrededor de un tercio de quienes han logrado concretar su muerte ya lo habían intentado previamente. Tapia y cols. (2010) sostienen que el antecedente de suicidio previo aumenta 40 veces la probabilidad de morir a causa de suicidio. Soler y Gascón (1999; citado en León, 2009) postulan que el 50% de las personas con intento suicida ya lo han intentado antes, y alrededor de un 15% en las semanas previas. Bobes (2011) estima que las personas con antecedentes de intentos de suicidio previo tiene 25 veces más posibilidades de morir a causa de suicidio que la población general.

No deben descuidarse tampoco las verbalización del deseo de morir, las conductas sugerentes o indicativas de autolesión como fugas, caídas y accidentes pues también actúan como factor predictor de futuras conductas de autolesiones más graves o fatales (Álvarez, 2010; Federación Mundial para la Salud Mental, 2010).

Con base en el amplio número de factores existentes , como también de teorías explicativas del suicidio y considerando que es un fenómeno complejo es que la presente investigación no se adscribió a alguna teoría específica ni limitó su alcance a factores de una única naturaleza, priorizando la creación de un instrumento holístico en que se consideró el más amplio número de posible de factores provenientes de diversas teorías y que fueron susceptibles de ser medidos cuantitativamente, es decir, se priorizó la creación de un instrumento inclusivo que evitara excluir elementos significativos e importantes al momento de determinar el riesgo suicida en individuos.

En la actualidad, existen diversas escalas de valoración del intento de suicidio, las cuales tienen como objetivo identificar los pacientes con mayor riesgo suicida en base a diversos factores. Aún así, su utilidad clínica es cuestionada por la cantidad de falsos positivos y falsos negativos que producen, es decir, indican un alto riesgo cuando en realidad no lo hay e indican un bajo riesgo cuando en

realidad el riesgo es alto (Sarró y de la Cruz Coma, 1997; citado en Díaz-Sastre, 2000).

Entre las razones por las que en esta investigación no se ha optado por validar instrumentos ya existentes se cuentan las siguientes:

La mayoría de los instrumentos existentes no miden los factores exclusivos de la conducta suicida, además fueron creados hace una década o más por lo que en ellos se excluyen todas las investigaciones más recientes que podrían aportar nuevos datos. Así mismo, en el análisis metodológico, la cantidad de reactivos y de factores es insuficiente y cuestionable, ya que según lo planteado por Cortada (2005), mientras mayor sea el número de reactivos que posea un instrumento, mayor será la probabilidad de que sea metodológicamente útil.

Entre los numerosos instrumentos que ya existen para medir el riesgo suicida se puede mencionar por su importancia, primero la Escala de Plutchick. Cuestionario autoadministrado que consta de 15 interrogantes cuya opción de respuesta es sí/no. Cada respuesta afirmativa puntúa 1, siendo el total la suma de las puntuaciones de todos los ítems. El instrumento cuenta con una validación en España en año 1998 y su versión original data del año 1989.

Segundo, la Escala de Valoración del Riesgo Suicida SAD PERSONS, creada por Patterson y cols., en 1983. La escala cuenta con 10 ítems a evaluar, que son sexo, edad, depresión, intentos suicidas previos, abuso de alcohol, trastornos cognitivos, carencia de apoyo social, plan organizado de suicidio, sin pareja estable y enfermedades somáticas. En la escala cada uno de los ítems presentes suma un punto, hasta un total de 10.

Tercero, la Escala Razones para Vivir, creada por Linehan 1983, este instrumento cuenta con 48 afirmaciones y su objetivo es medir la motivación de las personas para continuar viviendo y finalmente la Escala de Ideación Suicida de Beck (SSI), creada por Beck en 1979. Este instrumentos es una escala heteroaplicada que consta de 19 ítems y cuyo objetivo es evaluar la

intencionalidad suicida o grado de seriedad e intensidad con el que alguien pensó o está pensando en quitarse la vida. La SSI mide la actitud hacia la vida/muerte, pensamientos o deseos suicidas, proyecto de intento de suicidio, realización del intento proyectado y finalmente antecedentes de intentos suicidas previos (Álvarez, 2010; Bobes y cols., 2012; Cassaretto y Martínez, 2012).

Los antecedentes recabados evidencian la falta de un instrumento que procure evitar caer en los errores o falencias metodológicas, teóricas y prácticas señaladas previamente. Y como plantea Tapia y cols. (2010) “la prevención de la mortalidad por suicidio pasa por identificar y manejar los factores de riesgo” (p. 189).

III.2. ANTECEDENTES EMPÍRICOS

Sobre el suicidio, Durkheim (1985; citado en Aja, 2007.p 3) señala que “se llama suicidio a todo caso de muerte que resulte, directa o indirectamente, de un acto positivo o negativo, realizado por la víctima misma, sabiendo ella que debía producir este resultado”.

Respecto del ámbito social, las conductas suicidas y el suicidio en general se han convertido en un serio problema y se ha convertido en poco tiempo en un problema de salud pública debido a su alarmante aumento (Eguiluz y cols., 2010; Tapia y cols., 2010), siendo una de las causas de muerte más frecuente a nivel mundial (Blanco, 2006). Y en contra de la creencia general, hay más muertes por suicidio que por homicidio (Mansilla, 2010).

Hay datos que estiman que cada año se suicidan casi un millón de personas en el mundo, lo que supone una proporción de 16 muertes por 100.000 habitantes, o una muerte cada 40 segundos, lo que corresponde a un 1,8% del total de fallecimientos mundiales. Y por cada suicidio se estima que existen entre 10 a 25 intentos (García y cols., 2007; OMS, 2009; Taborda y Tellez, 2009). La Organización Mundial de la Salud (2000) estima que un intento suicida ocurre aproximadamente cada tres segundos, y un suicidio consumado ocurre

aproximadamente cada minuto. Estas cifras indican que más personas mueren a causa de autolisis que a causa de guerras, estimándose que en lo va de este siglo ya se han producido más de cinco millones de muertes por suicidio en el mundo y que para el año 2020 las cifras de muerte por suicidio llegarán a 1, 5 millones en el mundo, lo que equivale a un aumento del 200%. Se cree en diariamente en el mundo se producen de 8.000 a 10.000 intentos de suicidio, de los que 1.000 lo consiguen (Álvarez, 2010; Mansilla, 2010).

La tasa de suicidios en varias naciones en vía de desarrollo ha aumentado significativamente en los últimos años (Guilbert y Del Cueto, 2003), y es así que el incremento de la mortalidad a causa de suicidio en países desarrollados y la reducción del suicidio se ha convertido en una importante meta internacional de salud (OMS, 2009; Tapia y cols., 2010). Otro dato relevante y significativo para este estudio es el aportado por Aja (2007) quien sostiene que la idea del suicidio está presente desde un 40% a un 80% de la población general.

La OMS clasifica las tasas de suicidio según el número de muertes por autolisis por cada 100.000 habitantes, por lo que cifras inferiores a 5 suicidios por cada cien mil habitantes al año se consideran bajas, entre 5 y 15 medias, de 15 a 30 altas y por encima de 30 muy altas (Platt, 1984; citado en Mansilla, 2010).

El suicidio en el mundo.

Las tasas de suicidio varían de un país a otro, así como también de una década a otra, producto de la evolución de la multiplicidad de factores que en este fenómeno influyen (Taborda y Tellez, 2009). Sin embargo se estima que en los últimos en los últimos 45 años las tasas de suicidio han aumentado en un 60% a nivel mundial (OMS, 2009).

Así mismo, las tasas varían debido a la manera en que son registradas las defunciones, siendo muy distintas de un país a otro por lo que comparar las cifras es una tarea nada fácil, pues incluso dentro de un mismo país las cifras van a

variar si es que son informadas por la Organización Mundial de la Salud, los Ministerios de Salud u otro organismo (Mansilla, 2010).

Se ha estimado que los países con más altas tasas de suicidio en el mundo son Lituania (90 suicidios por cada 100.000 habitantes) Rusia (43,1 suicidios por cada 100.000 habitantes) y Belarús (41,5 suicidios por cada 100.000 habitantes). Entre los países con menores tasas de suicidio se encuentra Colombia (4,5 suicidios por cada 100.00 habitantes) y Filipinas (2,1 suicidios por cada 100.00 habitantes) (García y cols., 2007; OMS, 2009; Tapia y cols., 2010).

La OMS (2000; 2001) estima que el suicidio está entre las tres causas de muerte más frecuentes en personas de entre 15 a 35 años de edad y que en muchos países encabeza como primera o segunda causa de muerte tanto en hombres como en mujeres de entre 15 a 19 años de edad, siendo además en este rango donde se presentan las más preocupantes alzas en las tasas de autolisis.

La OMS (2000) plantea que:

Aunque tradicionalmente las mayores tasas de suicidio se han registrado entre los varones de edad avanzada, las tasas entre los jóvenes han ido en aumento hasta el punto de que ahora estos son el grupo de mayor riesgo en un tercio de los países, tanto en el mundo desarrollado como en el mundo en desarrollo (p.5).

Las muertes por suicidio son frecuentes en todo el mundo, durante el año 2003 en Estados Unidos se concretaron 31.484 suicidios, lo que equivale a 86 muertes por día y a una proporción de 10,8 suicidios por cada 100.000 habitantes (Taborda y Tellez, 2009). En este país, el suicidio representa la segunda causa de muerte en adolescentes (Valdivia, Ebner, Fierro, Gajardo y Miranda, 2001).

El suicidio es la cuarta causa de muerte en jóvenes de entre 15-24 años en Argentina (Sola, 2011) y la tercera a nivel mundial para el mismo rango de edad (Taborda y Tellez, 2009). En Colombia, las muertes por suicidio representan el 5,3% de los decesos por muertes violentas (León, 2009), siendo la mortalidad por suicidio de 3,9 muertes por cada 100.000 habitantes (García y cols., 2007).

En México se estima que las tasas de suicidio anual del período comprendido entre los años 1990-2000 pasaron de 2,5% a 5,7% apreciándose un incremento de más del 100%, así mismo, del año 2000 al 2005 se observó un aumento de 5,7% a 7,5% (Eguiluz, 2010).

Suicidio en Chile.

Tapia y cols. (2010, p.1) sostienen que “en Chile, el suicidio se encuentra entre las diez primeras causas de muerte en hombres en la población general y es entre la primera y segunda causa de muerte en hombres entre 20 y 44 años”.

En nuestro país, el suicidio es la segunda causa de muerte no natural, solo luego de los accidentes de tránsito (Nahuelpan y Varas, 2010) y se encuentra entre las diez primeras causas de muerte en hombres en la población general y aparece como la primera causa de muerte entre varones de entre 20 y 44 años (Tapia y cols., 2010).

En el contexto nacional las cifras son preocupantes, pues han ido aumentando año con año, estimándose que para el año 2000 eran de 10, 8 suicidios por cada 100.000 habitantes, cifra claramente significativa si se le compara con las estadísticas de 1961-1962 en que se estimaba que los suicidios eran de 3,4 por cada 100.000 habitantes (Chuaqui, Lemkau, Legarreta y Contreras, 1966; Tapia y cols., 2010). Durante el año 2009 se registraron 2.148 muertes por lesiones autoinflingidas, de las cuales 1724 corresponden a hombres y 424 a mujeres (Ministerio de Salud [MINSAL], 2011).

En Chile, las cifras más altas de suicidio se encuentran en personas mayores de 60 años, sin embargo, las tasas del grupo correspondiente a 20-24

años no sólo son altas, sino que también son las que más han aumentado durante las últimas décadas en el mundo y en el país (Romer y cols., 2005).

Romero y cols. (2005) estiman que en el período 1983-2003 las muertes por suicidios fueron las siguientes: en el rango de entre 20 a 24 años se aumentó de 14 casos en 1983 a 39 casos en el año 2003. En el rango de entre 10 a 14 años se aumentó de 14 casos en 1983 a 39 casos en el año 2003. En el rango de entre 15 a 19 años se aumentó de 52 casos en 1983 a 130 casos en el año 2003, finalmente en el rango de entre 20 a 29 años se aumentó de 239 casos en 1983 a 353 casos en el año 2003. La cifra total de muerte por suicidio en ese período de 20 años fue 5.924 personas, siendo éstas principalmente jóvenes y adolescentes.

En Chile, durante el año 2001 hubo 1.625 defunciones por suicidio, de las cuales 1.392 corresponden a hombres y 233 a mujeres y se estima que desde 1990 al 2001, el número de fallecimientos por autolisis se ha duplicado (MINSAL, 2009).

Según un estudio realizado por el Departamento de Salud Pública de la Universidad Católica de Chile (Romero, Rubio y Díaz, 2008), en que se contempló el periodo 1983-2003, Chile es el país que ostenta uno de los mayores aumentos en la tasa de suicidios en el mundo, sólo superado por Corea del Sur. La cifra es especialmente alarmante en jóvenes, pues la tasa más alta de suicidio en jóvenes corresponde a varones de 20 a 24 años.

En un trabajo realizado por el Servicio Médico Legal que contempló el período de años 2000-2008, se pudo determinar que la cantidad de fallecidos por lesiones autoinfligidas intencionalmente presenta aumento año a año. Considerando el promedio de suicidios mensuales, se aprecia que en el año 2000 había un promedio de 100,7 fallecidos al mes, y que para el año 2008 aumenta a un promedio de 171,1 fallecidos por mes. Si para el año 2000 fallecían 3,3 individuos por lesiones autoinfligidas al día, para el año 2008 el promedio sube a 5,6 fallecidos por día. Si para el año 2000, había un fallecido cada 7 horas, para el

2008, hay un fallecido por método suicida cada 4 horas en nuestro país (SML, 2010).

La Universidad de Talca, durante el período 2001-2008 realizó una investigación que contempló las estadísticas asociadas a las principales causas de muerte en Chile, el que arrojó que en la provincia de Ñuble, las muertes por suicidio están siempre dentro de las cinco principales causas de muerte, siendo este fenómeno más evidente en hombres. Especialmente significativo resulta este dato en la localidad de Cobquecura, donde el suicidio representa la causa principal de muerte (La Discusión, 2013). Durante el año 2009 se registraron en la región del Bío-Bío 270 muertes por suicidio, de las cuales 227 corresponden a hombres y solo 43 a mujeres, sin embargo no se cuenta con cifras confiables que señalen el número de intentos, que según diversos organismos es siempre más numeroso que los suicidios consumados (Departamento de Estadísticas e Información de Salud [MINSAL], 2011; OMS, 2000).

III.3. MARCO EPISTEMOLÓGICO

El sustento epistemológico de la presente investigación corresponde al paradigma neopositivista, por ser el conjunto teórico- filosófico que posee herramientas y conceptualizaciones más afines para la realización de una investigación de tipo cuantitativa.

El neopositivismo es una de las más importantes corrientes filosóficas de la primera mitad del siglo XX (Corbetta, 2007), forma parte de la filosofía analítica y se inicio con Wittgenstein, siendo promovida por el circulo de Viena (Sierra, 1983).

Esta corriente se caracteriza (al igual que su predecesor, el positivismo) por oponerse a la metafísica, por una tajante oposición contra toda dimensión sobre natural, por su orientación hacia la lógica y la lingüística y una confiada afirmación en la ciencia, cuyo fin último es sobre todo explicar, así mismo postula que las matemáticas son la única fuente válida de conocimiento (Echeverría, 1991; Sierra, 1983).

Batthyány y Cabrera (2011) consideran como principales características de esta corriente filosófica el realismo crítico o realismo ontológico, principio que establece que la realidad existe, pero que sin embargo sólo es cognoscible de forma imperfecta y probabilística, es decir, se postula que los resultados de una investigación son probablemente ciertos y que el objetivo principal de las ciencias es la búsqueda de leyes (provisionales o no) que expliquen un determinado fenómeno o hecho, las cuales son susceptibles de revisión. Así mismo, se basa en la observación y postula la separación sujeto-objeto, predominando principalmente el método deductivo que permite la comprobación de hipótesis.

Otro de los postulados principales del neopositivismo es la “convicción de que el sentido de una afirmación se deriva de la posibilidad de formular una definición operativa a partir de ella para comprobar su validez” (Corbetta, 2007, p.15).

Es a través de esta renovada corriente filosófica que se comenzó a hablar de una nueva manera percibir de la realidad, utilizando un lenguaje extraído de las matemáticas y las estadísticas, lo que permitió definir analíticamente sus atributos y propiedades (Corbetta, 2007; Lenk, 1988).

La antigua ley determinista es sustituida por la ley probabilística, que considera la existencia de imprevisión, de perturbaciones y de fluctuaciones, este nuevo supuesto no es solo valido para el mundo de las ciencias naturales, lo es también para el mundo social que es el mundo del lenguaje, el pensamiento y la interacción entre personas (Corbetta, 2007; Sierra, 1983).

Para Pourtois (1992) el paradigma neopositivista establece que el “mundo es todo lo que ocurre” (p. 53), es por lo tanto, la totalidad de los hechos, los cuales pueden ser aprehendidos para la elaboración de leyes o tratados, los cuales deben ser expresados en lenguaje científico.

El neopositivismo plantea que todos los enunciados con términos provistos de contenido empírico pueden ser controlables en la experiencia, mientras que los enunciados “no verificables” en la experiencia deberán ser considerados “no científicos”, excepción de los enunciados lógico-matemáticos que por su estructura no se refieren a procesos naturales (Geymonat y Minazzi, 2006).

Sobre el principio de verificación, Echeverría (1991, p.92) sostiene que:

El núcleo de la posición asumida por los positivistas lógicos era la común aceptación del llamado principio de verificación. Este sostenía que «el significado de una proposición es su modo de verificación». Se entiende por modo de verificación la manera como se demuestra que ella es verdadera. Las proposiciones que no se apoyan en un modo efectivo de verificación, carecen de sentido. Ellas requieren ser verdaderas o falsas. Una proposición que carece de condiciones de verificación, no puede ser ni lo uno ni lo otro. Sólo las proposiciones empíricas son, por lo tanto, auténticas proposiciones: sólo ellas pueden ser verificadas.

Desde esta corriente epistemológica, la objetividad, en lo que a la relación sujeto-objeto respecta es considerada un ideal, aún así, este ideal guía la práctica científica, ya que la expresión absoluta de la objetividad es imposible puesto que si bien la realidad existe de forma externa a los sujetos, el acceso a ella está mediado por los órganos de los sentidos (Kerlinger y Lee, 2002). Por lo mismo, los resultados de esta investigación son, en el mejor de los casos, aproximaciones a la verdad (Bunge, 1976).

A lo precedentemente expuesto, se puede sumar lo postulado por Corbetta (2007, p. 17):

Se ha consolidado la convicción de que la observación empírica, la propia percepción de la realidad, no es una fotografía objetiva, sino que depende

de la teoría, es decir, está cargada de teoría. En otras palabras, incluso el mero registro de la realidad depende de la ventana mental del investigador, de sus condicionamientos sociales y culturales. Es decir, partiendo de que la realidad existe con independencia de la actividad cognitiva y la capacidad perceptiva humana, el acto de conocer está condicionado por las circunstancias sociales y el marco teórico en que se sitúa. La afirmación de que no existe una separación clara entre los conceptos teóricos y los datos observados derroca incluso la última de las certezas positivistas, la de la objetividad del dato obtenido y neutralidad del lenguaje observador.

Bunge (2003) plantea que la ciencia no exige una verdad total y final, sino una parcial y provisional, la cual aunque es falible, durante el avance y proceso de la ciencia puede arrojar representaciones del mundo cada vez más verdaderas.

Además, la corriente epistemológica neopositivista otorga importancia al análisis lingüístico y aboga por aplicar al comportamiento humano aquellos hechos que puedan ser probados (Ortega y Cayuela, 2002). Siguiendo con esta línea, el neopositivismo considera a las teorías científicas como conjunto de enunciados que pueden ser determinados rigurosamente por medio de un lenguaje específico, separado del lenguaje común equívoco y ambiguo (Geymonat y Minazzi, 2006).

Por las razones ya expuestas, se puede decir que este paradigma es el más coherente con la investigación, la cual pretende medir a través de un cuestionario un complejo conjunto de variables cognitivas, afectivas y sociales asociadas al riesgo suicida, las cuales son subjetivas, pero pueden ser verificadas en la manifestación conductual, extrayendo diversas conclusiones basadas en el análisis de los datos obtenidos (Kerlinger y Lee, 2002).

IV. DISEÑO METODOLÓGICO

IV.1. METODOLOGÍA. DISEÑO. HIPÓTESIS

Pineda, Alvarado y Canales (1994, p. 80) define el tipo de investigación como “aquel esquema general o marco estratégico que le da unidad, coherencia, secuencia y sentido práctico a todas las actividades que se emprenden para buscar respuesta al problema y objetivos planteados”

La realización de esta investigación se sustenta en la metodología cuantitativa. Hernández, Fernández y Baptista (2006) señalan que esta metodología se caracteriza por la utilización, la recolección y análisis de datos para contestar la o las preguntas de investigación y probar la hipótesis establecida. Además confía en la medición numérica, el conteo y el uso de la estadística con el objetivo de establecer patrones de comportamiento de una población o conocer determinados aspectos de ésta (Hueso y Cascant, 2012).

La metodología cuantitativa descansa en el principio de que las partes representan al todo, es así que estudiando a cierto número de sujetos de la población es posible establecer un patrón de la población total o universo, esta generalización de resultados sólo es posible cuando la muestra se escoge de forma aleatoria (Hueso y Cascant, 2012).

Considerando la metodología utilizada sólo se dio respuesta a la pregunta de investigación, pues la naturaleza del tipo de investigación no permite la comprobación de hipótesis.

Diseño de la Investigación

Tamayo y Tamayo (2005, citado en Batthyány y Cabrera, 2011. p 33) definen el diseño de investigación como “la estructura a seguir en una investigación ejerciendo el control de la misma a fin de encontrar resultados confiables y su relación con los interrogantes surgidos de la hipótesis”.

El diseño está referido al plan o estrategia proyectada para obtener la información que se desea, siendo el diseño metodológico la estrategia que se va a utilizar para comprobar una hipótesis o un grupo de ellas, para dar respuesta al problema de investigación o el plan de acción establecido por el investigador para lograr los objetivos previamente planteados en la investigación (Pineda y cols, 1994), es decir, el diseño de la investigación es el plan y la estructura de ésta, pensados de manera tal que se puedan obtener respuestas a las interrogantes de investigación y guía la contrastación empírica de las hipótesis (Batthyány y Cabrera, 2011).

Es por tanto, el plan global de la investigación, que integra de manera coherente objetivos, técnicas a emplear y análisis a realizar. Su objeto es proporcionar un modelo de verificación que permita contrastar hechos con teorías, y su forma es la de una estrategia general que establece los pasos necesarios para hacerlo y maximizar la validez y confiabilidad de la información obtenida, reduciendo al máximo los errores en los resultados (Briones, 1996; Hernández y cols., 2003; Pineda y cols., 1995; Pérez, 2000).

Para efectos de la presente investigación se propuso el diseño de investigación no experimental. Este diseño se caracteriza por observar situaciones existentes, sin la intervención ni la provocación intencional por parte del observador, ya que las variables o el fenómeno a investigar ya han ocurrido y no es posible modificarlas, dicho de otro modo, lo que hace la investigación no experimental es observar fenómenos tal y como han sucedido para posteriormente analizarlos (Batthyány y Cabrera, 2011; González, Yll y Curiel, 2003).

Para concluir, la presente investigación se enmarca dentro del diseño no experimental, pues las variables ya están en los sujetos y son susceptibles de ser medidas, más no manipuladas, obteniendo tras un análisis de los datos una conclusión o resultado (Briones, 1996). Sin embargo, el que estas variables estén presentes no es un indicador de que las conductas autolesivas realmente se manifiesten inequívocamente.

Tipo de Investigación

La investigación sigue los lineamientos propuestos por el tipo de investigación exploratoria con alcance descriptivo, ya que en el país no se han construido ni validado instrumentos que permitan medir el riesgo suicida, lo que le da su carácter exploratorio (Tapia y cols., 2010).

En este tipo de investigación el tema o problema de investigación ha sido poco estudiado o no ha sido abordado antes (Rodríguez, 2010), como es el caso de Chile, en donde el suicidio ya ha sido estudiado. Sin embargo, no se ha sistematizado el conocimiento que permita construir un instrumento que mida el riesgo suicida y en el cual se considere la realidad nacional.

La investigación, a pesar de ser de tipo exploratoria tiene alcances descriptivos, ya que intenta sentar las bases para especificar las propiedades, las características y los perfiles de las personas con riesgo suicida de la ciudad de Chillán (Hernández y cols., 2006).

Los estudios de tipo descriptivos tiene como objetivo determinar la presencia o ausencia de un fenómeno, su frecuencia o cómo éste se está presentando en una determinada población y en quiénes, dónde y cuándo se está presentando un fenómeno (Pineda y cols., 1994), aspectos que se evidencian claramente en el objetivo de este estudio en que se pretendió determinar la presencia o ausencia de riesgo suicida en población de entre 20 a 29 años de edad de la ciudad de Chillán a través de la aplicación de un instrumento creado especialmente con ese fin.

IV.2. TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN.

La técnica utilizada en la presente investigación para la recolección de la información fue el Cuestionario de Evaluación de Riesgo Suicida (CERIS).

IV.3. INSTRUMENTO.

La presente investigación tuvo como objetivo principal la creación y validación de un instrumento que permitiese medir la variable riesgo suicida en población general adulto joven, específicamente entre el rango etario de 20 a 29 años de la ciudad de Chillán. En el anexo 1 y 2 se observan la versión inicial y la versión final del instrumento respectivamente.

A través de la aplicación del cuestionario CERIS se pretende determinar la probabilidad de que una persona lleve a cabo alguna acción autolítica que ponga en riesgo su vida.

El instrumento creado se denominó CERIS (Cuestionario de Evaluación de Riesgo Suicida) y cuenta con una única versión para hombres y mujeres.

El cuestionario en la versión piloto se compone de 73 preguntas cerradas, de las cuales 27 son interrogantes dicotómicas cuya opción de respuesta corresponde a “sí” o “no”.

Así mismo, contó con 46 afirmaciones en escala likert de cinco puntas, cuyas opciones de respuesta son “siempre”, “casi siempre”, “a veces”, “casi nunca” y “nunca”, opciones que deben ser marcadas según el grado de acuerdo que exista con la pregunta.

Las preguntas que componen el instrumento están basadas en revisiones bibliográficas que permitieron conocer los principales factores que inciden en el riesgo suicida y los componentes más relevantes de cada factor.

Se identificaron 6 factores principales, los cuales son: factores biográficos y familiares que incluye antecedentes de suicidio, enfermedades psiquiátricas y autolesiones en la familia de quien responde, el sexo y orientación sexual.

El segundo corresponde a factores estresores ambientales en el que se incluyen antecedentes tales como una situación económica deficiente, problemas laborales y legales, dificultades familiares tales como duelo, separación o viudez,

abusos sexuales recientes o en la infancia y humillaciones escolares, acoso escolar o laboral.

El tercer factor está constituido por enfermedades psiquiátricas, síntomas psicológicos y rasgos de personalidad, en el cual se incluye patologías como episodio depresivo mayor, esquizofrenia, trastornos de ansiedad, trastorno bipolar de la personalidad, trastorno limítrofe de la personalidad, trastorno de la conducta alimentaria, delirium tremens, abuso de alcohol y drogas y finalmente estrés crónico.

El cuarto factor está compuesto por enfermedades médicas tales como enfermedades asociadas al dolor crónico, perdidas invalidantes, desfiguraciones físicas, dificultades para conciliar y mantener el sueño, cáncer, SIDA y enfermedades respiratorias.

El quinto se denomina factores intrapsíquicos y está constituido principalmente por sentimientos de culpa e inadecuación, ansiedad, desesperanza, impulsividad, tristeza, anhedonia, desinterés, baja autoestima, nerviosismo y sentimientos de aislamiento social.

Finalmente, el sexto y último factor está compuesto por verbalizaciones del deseo de morir, conductas sugerentes o indicativas de autolesiones tales como fugas y caídas, fantasías e ideación suicida, intentos suicidas previos, además de factores ambientales o espacios físicos que pueden propiciar o favorecer conductas de riesgo, acceso a armas, venenos con los cuales atentar contra la propia vida, planificación del método y finalmente la intencionalidad y gravedad de las lesiones autoprovocadas.

El instrumento cuenta con especificaciones claras y concretas de cómo debe ser respondido, las que son entregadas a cada participante con el instrumento, adicionalmente los investigadores estuvieron presentes para responder a las interrogantes que pudiesen tener los participantes.

Análisis de datos personales.

Sexo:

Según los datos arrojados existe mayor presencia de mujeres, alcanzando un porcentaje de 69,6%, mientras que los hombres alcanzan un 30,4%, tal como lo evidencia la Tabla 1.

Tabla 1

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Mujer	96	69,6	69,6	69,6
	Hombre	42	30,4	30,4	100,0
	Total	138	100,0	100,0	

Edad:

Según los datos arrojados, la moda en las edades de los participantes en el estudio corresponde a 20 y 23 años, siendo un 16,7 % cada una.

Además se puede apreciar que existe una escasa distancia numérica entre las edades similares, como son 21 y 23 años, siendo para 21 años un porcentaje de 14,5% y para 23 años un porcentaje de 15,9%, mientras que desde los 24 años se observa un evidente descenso en la frecuencia tal como se aprecia en la Tabla 2.

Tabla 2

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	20 años	23	16,7	16,7	16,7
	21 años	20	14,5	14,5	31,2
	22 años	23	16,7	16,7	47,8
	23 años	22	15,9	15,9	63,8
	24 años	13	9,4	9,4	73,2

Tabla 2

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
25 años	8	5,8	5,8	79,0
26 años	8	5,8	5,8	84,8
27 años	7	5,1	5,1	89,9
28 años	6	4,3	4,3	94,2
29 años	8	5,8	5,8	100,0
Total	138	100,0	100,0	

Estado Sentimental:

En cuanto a la situación sentimental, en la Tabla 3 se evidencia que la mayoría de los sujetos (90,6%) se encuentran solteros, siendo un 46,4% los que no tienen pareja y un 44,2% aquellos que se encuentran en una relación estable. Por otro lado, tanto viudos como separados presentan un bajo porcentaje de frecuencia, siendo 1 caso de cada uno, los cuales representan un 14% de la muestra total.

Tabla 3

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos Casado/a	11	8,0	8,0	8,0
Soltero/a sin pareja	64	46,4	46,4	54,3
Soltero/a en una relación estable	61	44,2	44,2	98,6
Viudo/a	1	,7	,7	99,3
Separado/a o divorciado/a	1	,7	,7	100,0
Total	138	100,0	100,0	

Se aprecia que la patología mental con mayor frecuencia es la depresión, seguida por otras no consideradas en la investigación (Tabla 4)

Tabla 4

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos Depresión	14	10,1	10,1	10,1
s Esquizofrenia	1	,7	,7	10,9
Bipolaridad	2	1,4	1,4	12,3
Trastorno Limítrofe de Personalidad	1	,7	,7	13,0
Distimia	1	,7	,7	13,8
Fobia Social	1	,7	,7	14,5
Estrés Crónico	1	,7	,7	15,2
Alcoholismo	1	,7	,7	15,9
Enfermedad asociada a dolor crónico	2	1,4	1,4	17,4
Otros	3	2,2	2,2	19,6
Sin diagnóstico	111	80,4	80,4	100,0
Total	138	100,0	100,0	

Análisis de preguntas dicotómicas

En el apartado se aprecian las tendencias de respuestas a cada uno de los reactivos que componen el instrumento, presentándose un porcentaje válido del 100%, pues todos los cuestionarios fueron contestados en su totalidad. Sin embargo, existen preguntas cuya respuesta única y total es “no”, evidenciando una clara tendencia a responder negativamente en este ítem. (Anexo 4).

Por otro lado, existen ítems de respuesta afirmativa cuya frecuencia de respuestas es muy baja, denotando una clara diferencia con aquellos ítems en donde la respuesta afirmativa era homogénea o considerablemente mayor.

Análisis de fiabilidad y reducción de datos totales.

La Tabla 5 muestra el resumen del procesamiento de las personas de la muestra. Ninguno de los 138 encuestados se excluye, dando el 100% de la muestra para la nueva versión del instrumento.

Por otro lado, en la Tabla 6 se presenta el estadístico de fiabilidad, el cual da como resultado un Alfa de Cronbach inicial de .941, para las 46 preguntas respondidas por cada sujeto. Esto significa que el Cuestionario de Evaluación de Riesgo Suicida presenta una sobresaturación de datos, de acuerdo a la configuración de preguntas referidas al riesgo suicida.

Tabla 5

Resumen del procesamiento de los casos			
		N	%
Casos	Válidos	138	100,0
	Excluidos	0	,0
	Total	138	100,0

Tabla 6

Estadísticos de fiabilidad		
Alfa de Cronbach	N de elementos	
,941	46	

Los criterios utilizados para la confección de las preguntas fueron aquellos que la teoría y las investigaciones señalan como los factores más frecuentes asociados al riesgo suicida.

Por lo mismo, se busca comprobar el Alfa de Cronbach por cada uno de los 6 factores mediante el Análisis de la Fiabilidad, como también la validez de éstos,

a través del Análisis de Reducción de Datos, en específico mediante la utilización del Análisis Factorial. Una vez realizado esto, se verificará el Coeficiente Alfa de Cronbach del cuestionario en general.

Análisis de Fiabilidad y de Reducción de Datos del Componente Estresores ambientales.

Al utilizar el Análisis de Fiabilidad con todas las preguntas aplicadas al total de la muestra (ver Tabla 7), se concluyó lo siguiente:

Tabla 7

Estadísticos de fiabilidad	
Alfa de Cronbach	N de elementos
,472	5

El Análisis de Fiabilidad en el componente Estresores Ambientales de la muestra total concluye que en un total de los cinco elementos evaluados correspondientes a las preguntas se obtiene un Alfa de Cronbach inicial de 0,472, demostrando que el componente no presenta una consistencia interna significativa (Campo-Arias y Oviedo, 2008).

Debido a la baja consistencia interna, se optó por no eliminar preguntas de este componente, ya que se privilegió mantener el alfa de Cronbach más elevado, porque al eliminar la pregunta cuyo análisis factorial era más débil el alfa disminuía. Por otro lado, este ítem posee una varianza total que es explicada por un 57,897 % (Anexo 5).

Análisis de Fiabilidad y de Reducción de Datos del Componente Enfermedades Psiquiátricas, Síntomas Psicológicos y Rasgos de Personalidad.

Al realizar el Análisis de Fiabilidad en las 9 preguntas referentes al componente Enfermedades Psiquiátricas, Síntomas Psicológicos y Rasgos de Personalidad de la muestra piloto (Tabla 8) se encuentra que:

Tabla 8

Estadísticos de fiabilidad	
Alfa de Cronbach	N de elementos
,695	9

El componente Enfermedades Psiquiátricas, Síntomas Psicológicos y Rasgos de Personalidad presenta un alfa de .695, es decir, cercano a lo aceptable, pero aún deficiente de total consistencia interna (anexo 6), por lo que se procedió a eliminar las preguntas cuyo análisis factorial arrojó un resultado más débil, conservando aquellas preguntas cuyo peso estadístico era relevante.

Por otro lado, la varianza total explicada es de un 44,173%, evidenciándose de esta manera que el ítem podría mejorar en lo que a consistencia interna se refiere.

Sin embargo, al extraer la pregunta más débil (Al despertar ¿siente que su sueño no ha sido reparador?) y calcular nuevamente la fiabilidad, el alfa total del componente disminuyó (Tabla 9), por lo que se optó finalmente por no eliminar la pregunta.

Tabla 9

Estadísticos de fiabilidad	
Alfa de Cronbach	N de elementos
,667	8

Análisis de Fiabilidad y de Reducción de Datos del Componente Factores Intrapsíquicos.

Otro factor relevante en el riesgo suicida son los aspectos intrapsíquicos, para lo cual en el cuestionario se construyeron 26 preguntas que pretendían medir dicho aspecto.

El análisis de fiabilidad dio como resultado lo siguiente (Tabla 10):

Tabla 10

Estadísticos de fiabilidad	
Alfa de Cronbach	N de elementos
,935	26

Los resultados arrojados dieron cuenta de un factor sobresaturado, por lo que se procedió a eliminar las preguntas débiles mediante el análisis factorial (anexo 7). Por otro lado, la varianza total explicada corresponde a 62,984%, lo que refleja una mejor consistencia interna que los factores previamente detallados.

Posterior a la eliminación de preguntas débiles, la varianza resultó ser de 61,110%.

Luego de eliminar las 11 preguntas más débiles se realizó un nuevo cálculo de fiabilidad, quedando finalmente como sigue (Tabla 11):

Tabla 11

Estadísticos de fiabilidad	
Alfa de Cronbach	N de elementos
,922	20

Análisis de Fiabilidad y de Reducción de Datos del Componente Conductas Suicidas Previas, Oportunidad y Factibilidad.

En este factor, como último componente relevante señalado por la teoría, se construyeron 6 preguntas, cuyo análisis factorial arrojó lo siguiente (Tabla 12):

Tabla 12

Estadísticos de fiabilidad	
Alfa de Cronbach	N de elementos
,716	6

Para corroborar el peso estadístico de cada pregunta se realizó el análisis factorial, evidenciándose la existencia de dos preguntas estadísticamente débiles. (anexo 8), las cuales fueron eliminadas. Con aquellos datos, la varianza era de un 51,269%.

Luego de la eliminación de las dos preguntas más débiles, se calculó el alfa nuevamente para corroborar su significancia estadística, tal como lo muestra la Tabla 13:

Tabla 13

Estadísticos de fiabilidad	
Alfa de Cronbach	N de elementos
,866	4

Tras la eliminación de las preguntas menos significativas se realizó análisis factorial nuevamente, para corroborar el peso del factor (anexo 9), resultando muy satisfactorio y estadísticamente significativo.

IV.4. POBLACIÓN /MUESTRA.

Camel (1970, p. 126) define población como “la totalidad de individuos o elementos en los cuales puede presentarse determinada característica susceptible de ser analizada”, mientras que la muestra se define como “un subconjunto o parte del universo o población en que se llevara a cabo la investigación con el fin posterior de generalizar los hallazgos al todo” (Pineda y cols., p. 108).

En la presente investigación, la muestra estuvo compuesta por adultos de población general (hombres y mujeres) habitantes de la ciudad de Chillán y cuya edad oscila entre los 20 y 29 años.

Según el Plan de Desarrollo Comunal de la Ciudad de Chillán (PLADECO) se estimó que la población por tramo etario en la ciudad para el año 2010 es:

Tabla 14:

Grupo Quinquenal	Subtotal
20-24 años	14.593 personas
25-29 años	13.769 personas
Total	28.362 personas

(Fuente: PLADECO, 2011).

Con base en los datos previamente detallados, se obtuvo una muestra correspondiente al 10% del total de la población con un margen de error de 5% y un nivel de confianza de 95%, lo cual correspondió a 138 sujetos, según lo arrojado por el software estadístico STATSTM v.2.

Sin embargo, y como forma de obtener una muestra más representativa, se optó por trabajar con el 20% de la población total, lo que arrojó una muestra total de 243 sujetos, ya que como plantea Pineda y cols. (1994) lo ideal es tomar siempre la mayor muestra posible, pues entre más grande sea ésta existe mayor

probabilidad de que sea representativa y asimismo, menor será el error de muestreo.

Las edades consideradas corresponden a aquellas que diversas investigaciones señalan como el rango etario en que más se han visto incrementadas las tasas de suicidio a lo largo de las últimas dos décadas.

En Chile, el suicidio es la segunda causa de muerte no natural, solo luego de los accidentes de tránsito (Nahuelpan y Varas, 2010) y se encuentra entre las diez primeras causas de muerte en hombres en la población general y aparece como la primera causa de muerte entre varones de entre 20 y 44 años (Tapia y cols., 2010)

Según el estudio Epidemiología del Suicidio en la Adolescencia y Juventud, realizado por el Departamento de Salud Pública de la Universidad Católica que contempló el estudio del periodo 1983-2003, Chile es el país que ostenta uno de los mayores aumentos en la tasa de suicidios en el mundo, sólo superado por Corea del Sur. La cifra es especialmente alarmante en jóvenes, pues la tasa más alta de suicidio en varones de 20 a 24 años.

MUESTREO

Pineda y cols. (1994, p. 113) definen muestreo como “ el proceso utilizado para escoger y extraer una parte del universo o población de estudio con el fin de que represente al total”.

Para Paradinas (1979) el muestreo implica seguir un método o procedimiento que permita que al elegir un grupo pequeño dentro de un universo mayor, se pueda alcanzar un grado de probabilidad de que la muestra o selección realizada posea efectivamente las características del universo total elegido.

Para el presente estudio, el muestreo fue no probabilístico o por conveniencia, es decir, no fue un muestreo aleatorio y en la selección el investigador sigue determinados criterios definidos por el objetivo del estudio (Pineda y cols., 1994). En este tipo de estudio, las personas no tienen la misma

posibilidad de ser elegidos para participar de la muestra y son elegidos siguiendo las características y criterios de la investigación, por lo que en la elección no se usan fórmulas de probabilidad sino más bien el criterio de una persona o un grupo de ellas (Hernández y cols., 2006; Kerlinger y Lee, 2002).

Entre las características principales del muestreo no probabilístico, dirigido o intencionado se puede mencionar que la elección de los elementos no está mediada por la probabilidad, pues en la selección influyen principalmente las condiciones que permiten hacer el muestreo ya sea disponibilidad o conveniencia, es debido a esto que la muestra no asegura una total representación de la población ya que no todos los sujetos tienen la misma posibilidad de ser elegidos y por lo tanto lo esperable es la no representatividad de los datos (Hernández y cols., 2003; Kerlinger y Lee, 2002; Scharager, 2005).

Específicamente, se optó por una muestra de tipo intencionada, en la cual se realiza una elección no aleatoria de sujetos que presenten características similares a la de la población objetivo, en este tipo de muestreo la representatividad está determinada por el investigador, siendo éste el mayor inconveniente de este tipo de muestreo ya que no se puede cuantificar la representatividad de la muestra (Casal y Mateu, 2003).

Sin embargo a pesar de las desventajas mencionadas precedentemente Casal y Mateu (2003), plantean que este tipo de muestreo es útil cuando se pretende realizar una primera prospección de la población o cuando no existe un marco de la encuesta definido, aun así este tipo de muestreos puede incluir sujetos próximos al promedio pero casi nunca representará la variabilidad de la población que normalmente quedará subestimada.

En síntesis, es frecuente, y aunque no permita la generalización de resultados, el uso de muestreos no probabilísticos en estudios pilotos donde se busca comprobar la validez de un instrumento nuevo, pues es suficiente con elegir a individuos que más o menos presenten las mismas características de la muestra elegida para la investigación (Cea, 2001; Pineda y cols, 1994)

IV.5. ANÁLISIS DE DATOS PROPUESTOS

Los datos obtenidos fueron analizados mediante el software computacional Statistical Package for The Social Sciences (SPSS).

La confiabilidad se calculó a través de Alfa de Cronbach para los ítems expresados en escala likert de cinco puntas, mientras que para los ítems expresados en aseveraciones dicotómicas (si/no) solo se realizó un análisis descriptivo de frecuencias.

IV.6. CRITERIOS DE CALIDAD

Para cautelar la calidad del instrumento y de la presente investigación, los criterios usados para este objetivo fueron confiabilidad, validez y objetividad (Hernández y cols., 2003).

Confiabilidad

El principio de confiabilidad establece que las observaciones repetidas por un mismo observador deben entregar los mismos resultados (Batthyány y Cabrera, 2011). Dicho de otro modo, la confiabilidad es “el grado de conformidad o divergencia entre los puntajes obtenidos de una muestra y los puntajes o medidas verdaderas” (Pichot, 1963, pp. 141).

Para su definición, Keerlinger y Lee (2002) ha considerado tres términos: estabilidad, fiabilidad y predictibilidad. El primero es el grado en el que la medición concuerda consigo misma. El segundo se refiere a la exactitud o falta de distorsión. Y por último, el tercero se refiere al error de medición, el cual consiste en la menor cantidad de errores presentes en un instrumento.

Validez Externa

Corresponde a la representatividad o generalización de los resultados del estudio al universo o población concreta de la que se extrajo la muestra y a otros tiempos y contextos a partir de la extracción de una muestra de características

similares (Kerlinger y Lee, 2002; Pineda y cols., 2001; Ramón, 2000). Hernández y cols. (2006) plantean que es el grado en que los resultados de una investigación sean generalizables a situaciones no experimentales y a otra población.

En concordancia con lo anterior, Briones (1996) plantea que la validez externa se refiere a generalizar los hallazgos de las opiniones y conductas de los sujetos más allá de la muestra estudiada para ofrecer resultados generalizables al conjunto de la población.

Underwood y Shaughessy (1978, citado en Frías-Navarro, 2010) plantean que la validez externa se trata de una cuestión estrictamente empírica pues lo que es válido para una población puede no serlo para otra. Por ello, la replicación sistemática de los hallazgos es clave para otorgar validez externa a los resultados de la investigación.

Validez de Contenido

Se refiere al grado en que el test presenta una muestra adecuada de los contenidos a los que se refiere, sin omisiones y sin desequilibrios (Clark-Carter, 2002). En la presente investigación el contenido medido correspondió al riesgo suicida. Dicho de otro modo se pretende que los ítems que componen el test representen el contenido que el instrumento buscó evaluar o medir, para esto la validez de contenido se basa principalmente en el juicio de expertos (Hernández y cols., 2006).

El juicio de expertos o validez de juicio implica que los reactivos del instrumento deben estudiarse y evaluarse la importancia y representatividad supuesta de cada reactivo, es decir, cada reactivo debe juzgarse respecto a su supuesta relevancia relacionada con el contenido que mide (Kerlinger y Lee, 2002).

En este tipo de juicio no cabe cálculo alguno, sólo se basa en las valoraciones cualitativas que los expertos efectúan (Cea, 2001) y es el tipo de validez que deben cumplir los cuestionarios o pruebas de conocimiento de una

determinada materia, área o tema y debe contener todos los ítems o variables que componen el tema específico a medir o evaluar (Ramón, 2000).

A través del juicio de expertos se buscó determinar el dominio del instrumento, lo que implica juzgar si tiene representados en sus reactivos todos o la mayoría de los componentes del dominio de contenido de las variables a medir, es decir, que en el instrumento exista un equilibrio (González y cols., 2003). En esta investigación se cauteló que en el instrumento se incluyeran todas aquellas variables o factores asociadas al riesgo suicida y no sólo las variables familiares o las variables cognitivas, ya que como se ha insistido previamente en el riesgo suicida convergen múltiples variables y su conjunción tributa al concepto medido.

Validez de Constructo

Es la más importante, ya que liga los conceptos y prácticas psicométricas con conceptos teóricos (Kerlinger y Lee, 2002). Se refiere a que tan exitosamente un instrumento representa y mide un concepto teórico. Es importante en esta validez el significado del instrumento, es decir, qué está midiendo y cómo opera para medirlo (Pérez, 2000).

Evalúa el grado en que el instrumento refleja la teoría del fenómeno del concepto que mide, es decir, hace referencia al grado de adecuación que se ha logrado en la medición de los conceptos centrales del tema a abordar en la investigación (Arias, 1991; Cea, 2001; González y cols., 2003; Kerlinger y Lee, 2002).

La validez de constructo garantiza que las medidas que resultan de las respuestas del cuestionario pueden ser consideradas y utilizadas como medición del fenómeno que se quiera medir (Aliaga, 2011).

La validez de constructo puede ser calculada por diversos métodos, sin embargo los más frecuentes son el análisis factorial y la matriz multi rasgo-multimétodo (Gómez- Peresmitré y Reidl, 2005).

Objetividad

La objetividad es entendida como la imparcialidad del conocimiento o del sujeto que conoce. Así, la objetividad es la cualidad de objetivo, es decir, lo perteneciente o relativo al objeto en sí mismo, y no a nuestros modos de relacionarnos con él (Pérez, 2000).

Por otro lado Aliaga (2011) define objetividad como:

“la posibilidad de referirse a fenómenos independientes del propio investigador, a eventos cuya ocurrencia o característica no esté en relación con las creencias, la ideología, los prejuicios, los intereses y en resumen, la personalidad del estudioso. Por ende las pesquisas deben ser susceptibles de repetición por otros investigadores, dentro del mismo conjunto de circunstancias” (p.97)

A través de la historia se ha negado y/o rechazado la noción de objetividad, tal como lo plantea Heinz von Foerster (1991, citado en López, 2010) quien dice que la objetividad es la ilusión de que las observaciones se pueden hacer sin un observador.

Siguiendo la idea anterior, Paul Watzlawick (1981, citado en López, 2010. p. 1) afirma que “lo real es, al fin y al cabo, lo que es denominado real por un número suficientemente grande de personas”. En este sentido extremo, la realidad es una convención interpersonal.

En la presente investigación la objetividad fue considerada como el ideal que guió el procedimiento investigativo. Su resguardo se cauteló a través de la consigna estándar del instrumento y de sus instrucciones claras y precisas que fueron explicitadas a cada uno de los participantes en el estudio, para de este modo evitar los sesgos que pudiesen haber introducido los investigadores y que pudiesen haber influido en las respuestas (Clark-Carter, 2002; Hernández y cols., 2006).

IV.7. ASPECTOS ÉTICOS.

Ética proviene del griego *ethos*, término que significa “costumbres o prácticas que son aprobadas por un grupo específico, al cual llamamos cultura”. El objetivo de la ética es determinar los valores y establecer las normas para regular el comportamiento de los seres humanos en una sociedad, sumado a lo anterior esta disciplina reflexiona acerca del sentido, validez y licitud del actuar humano ya sea individual o grupal (França-Tarragó, 2008, pp. 18).

Los deberes y obligaciones profesionales plasmados en los llamados “códigos de ética”, tienen como correlato la protección de los derechos de las personas. (Salomone, 2003).

Según Richaud (2007), para actuar éticamente, un investigador debería conocer: (1) cuáles son las perspectivas de los participantes de la investigación, es decir, sus expectativas, preocupaciones y creencias acerca de la misma; (2) cómo se logra comunicar los objetivos de la investigación a los participantes, de manera que puedan comprenderlos; (3) cómo respetar la privacidad cuando ésta es importante para los participantes; (4) cómo se puede llevar a cabo la investigación lo más válida posible, corriendo el menor riesgo para los participantes y la sociedad; y (5) cuáles son las perspectivas del investigador y las de los demás. En la presente investigación, estos aspectos fueron cuidadosamente cuidados, teniendo siempre como fin la investigación científica y el bienestar de las personas. Teóricamente, se proyectó que esta investigación aportara al conocimiento, estudio y transformación de la sociedad, y la promoción y desarrollo de leyes y políticas sociales que apuntaran, desde su especificidad profesional, a crear condiciones que contribuyan al bienestar y desarrollo de la comunidad (Colegio de Psicólogos de Chile, 2009; Protocolo de acuerdo al marco de principios éticos para el ejercicio profesional de los psicólogos en el Mercado Común del Sur [MERCOSUR] y países asociado, 1997), es decir, la investigación se realizó con el fin de potenciar la visualización de riesgo suicida y la necesidad de abordarlo como un algo real y existente, sobretodo, potenciar su prevención y

tratamiento. Esto se orienta directamente hacia el primer principio Psicoético Básico –Beneficencia-, con el cual, no sólo no se hará daño si no que se potenciará un posible beneficio a nivel de comuna. Además se cauteló que los sujetos participantes no padecieran ningún tipo de sufrimiento o algún daño físico o mental (França- Tarragó, 2008).

Para acceder a los datos se veló y respetó la privacidad y el derecho a la intimidad, ya que estos son los principios sostenedores del derecho a la confidencialidad. La naturaleza de la relación profesional exige que se guarde estricta confidencialidad (Colegio de Psicólogos de Chile, 2009; Protocolo de acuerdo al marco de principios éticos para el ejercicio profesional de los psicólogos en el MERCOSUR y países asociado, 1997). En la investigación se solicitó a los sujetos sólo su edad y género, cautelando de esta forma la confidencialidad de la información entregada por ellos. Además , previamente se informó a los participantes del objetivo de la investigación y el uso que se daría a su información a través del consentimiento informado (anexo 3), el cual se asienta fundamentalmente en el principio de autonomía y vela por el derecho de las personas de someterse a un tratamiento sólo bajo su aceptación libre y voluntaria (Salomone, 2003), entendiendo que dicho consentimiento es válido cuando la persona que lo brinda lo hace conscientemente y con capacidad para comprender los alcances de su acto; lo que implica capacidad legal para consentir, libertad de decisión e información suficiente sobre la práctica de la que participó, incluyendo datos sobre naturaleza, duración, objetivos, métodos, alternativas posibles y riesgos potenciales de tal participación. Se explicó que dicho consentimiento podría ser retirado si consideraba que había razones para hacerlo (Código de ética de la Federación de Psicólogos de la República Argentina, 1999).

La persona participante tuvo siempre el derecho de retirarse de a investigación cuando así lo estimara conveniente sin sanciones ni perjuicios (Colegio de Psicólogos de Chile, 2009) y no se le forzó a participar en el estudio si no lo desea, velando así el principio de autonomía.

Respecto de la selección de la muestra, se realizó de forma azarosa, es decir, se utilizó un programa estadístico para seleccionar la cantidad de muestra y se tuvo acceso a las personas que desearan participar en este estudio. De esta manera se evitó cualquier tipo de discriminación en la elección de los participantes. Esto permitió además, la contemplación de la –Justicia- que corresponde a uno de los Principios Psicoéticos Básicos (Franca-Tarragó, 2001).

V. PRESENTACIÓN DE LOS RESULTADOS

La presente investigación tuvo como objetivo principal determinar la presencia de los factores que inciden en el riesgo suicida en población de 20 a 29 años de la ciudad de Chillán, a través de la creación de un instrumento que midiera dicho riesgo.

Para dar cumplimiento al objetivo se tuvo como base principal las investigaciones relacionadas al tema, sustentándose teóricamente en los postulados y datos empíricos que provienen de estas investigaciones.

Luego de la prueba piloto, la cual estuvo compuesta por 138 sujetos y tras la eliminación de las preguntas con bajo peso estadístico, se procedió a la aplicación final del instrumento, cuya muestra estuvo compuesta por 243 sujetos.

Los resultados finales de la validación del instrumento se muestran a continuación:

Análisis de datos personales

En la figura se aprecia el porcentaje correspondiente a cada sexo, el cual gráfica un mayor número de mujeres que de hombres.

Gráfico 1 Análisis de sexo

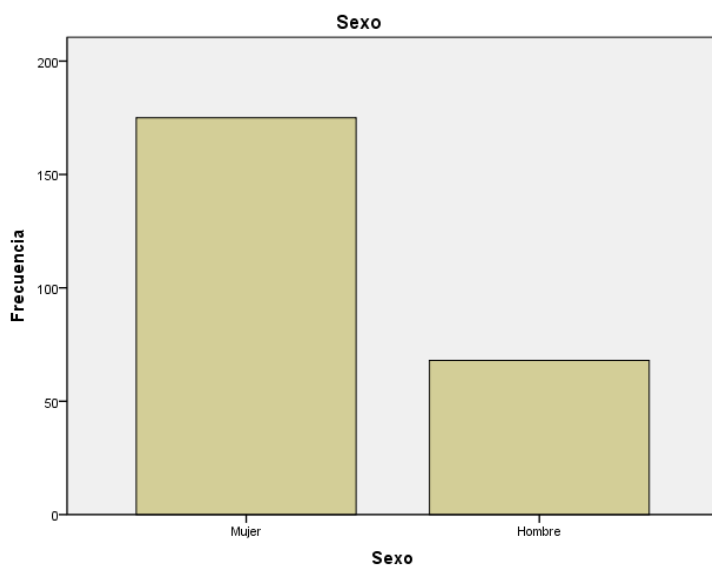
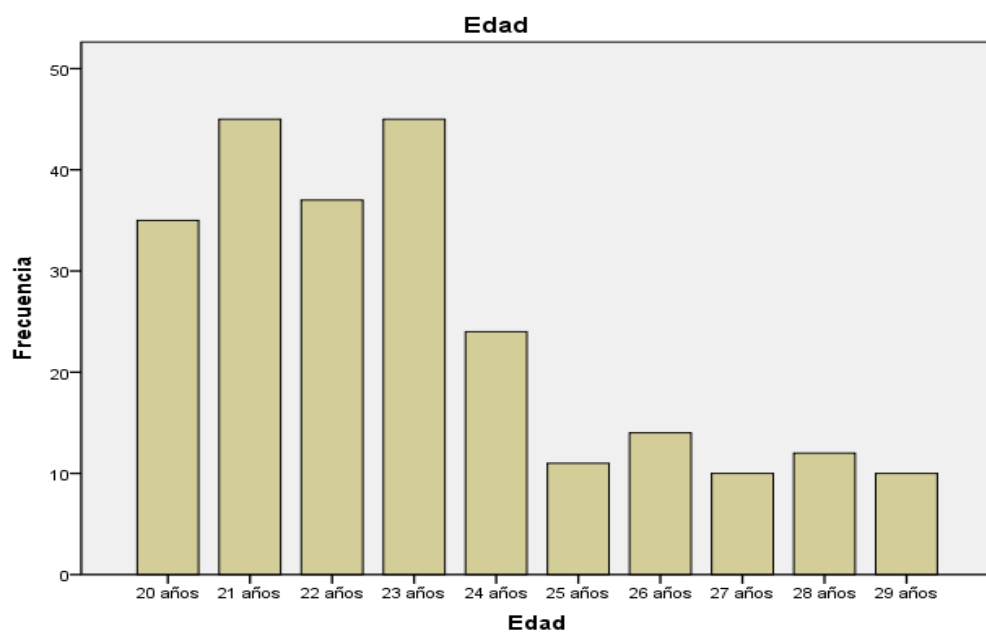
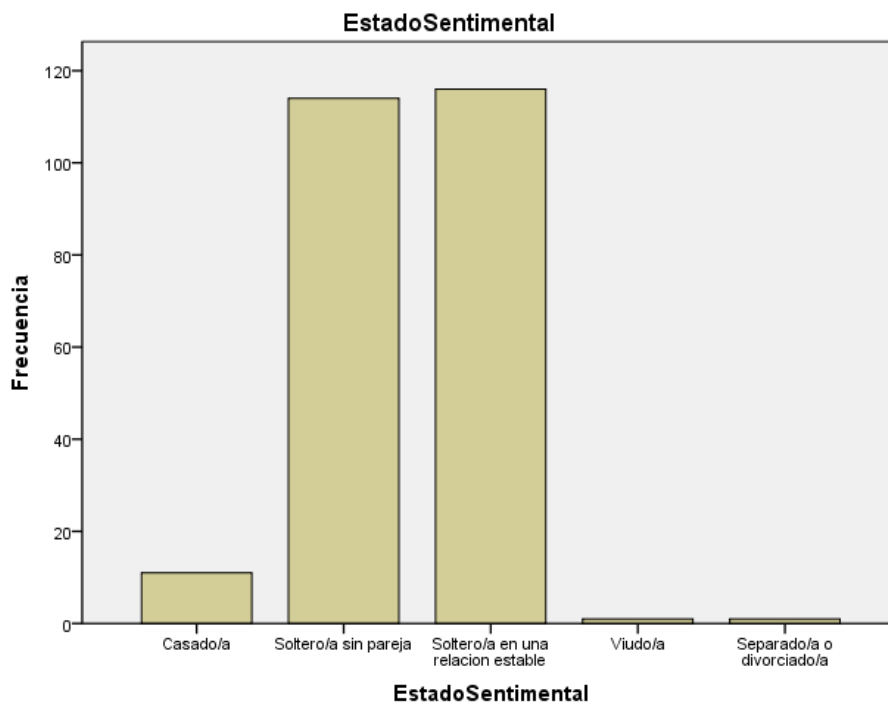


Gráfico 2 Análisis de edades



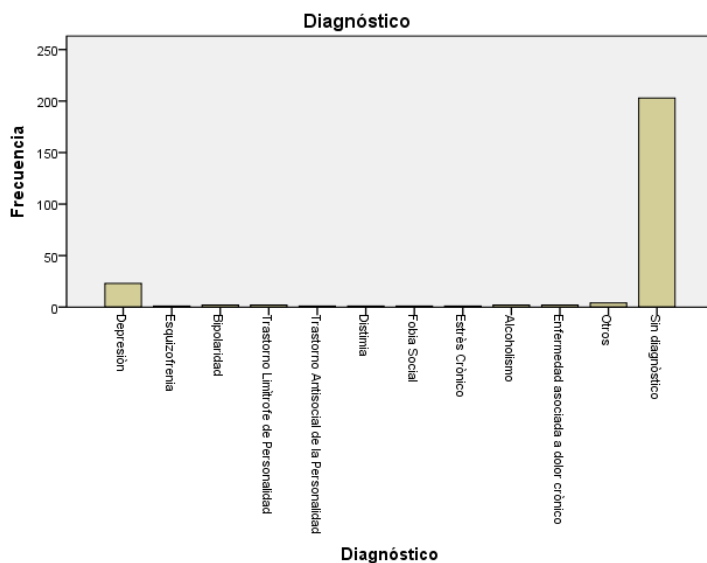
Tal como se aprecia en el gráfico 2, en la validación de este instrumento participaron mayoritariamente sujetos de 20 a 23 años.

Gráfico 3 Análisis de Estado Sentimental



En cuanto al estado sentimental, se observa que el mayor porcentaje de sujetos se encuentra soltero sin pareja o soltero en una relación estable, existiendo escasa distancia numérica entre ambos. En concordancia con lo anterior, se observa la escasa frecuencia de casados, y más aun, de viudos y separados o divorciados (gráfico 3).

Gráfico 4 Análisis de Diagnóstico de patologías mentales



Según los datos arrojados se observa que el mayor porcentaje de individuos no ha sido diagnosticado de patología alguna. No obstante, la que presenta mayor frecuencia es la depresión, tal como lo muestra el gráfico 4.

Análisis de preguntas dicotómicas:

En las preguntas dicotómicas se mantiene la tendencia proveniente de la prueba piloto. Por lo mismo, no se observaron diferencias significativas en la frecuencia de respuestas afirmativas o negativas.

Se observa un leve aumento en respuestas afirmativas con respecto a patologías físicas o médicas, como cáncer, SIDA, amputaciones o desfiguraciones.

En las restantes preguntas se observa una coherencia y una frecuencia homogénea, manteniéndose constante en el total de respuestas obtenidas. (Anexo 10).

Análisis por factor:

La Tabla 15 muestra el resumen del procesamiento de las personas de la muestra. El cuestionario fue contestado en su totalidad por los 243 sujetos, razón por la cual ninguno de los encuestados se excluye, dando el 100% de la muestra para la validación a nivel local del instrumento.

Por otro lado, en la Tabla 16 se presenta el estadístico de fiabilidad, el cual da como resultado un Alfa de Cronbach inicial de .935, para las 33 preguntas politómicas respondidas por cada sujeto. Esto significa que el Cuestionario de Evaluación de Riesgo Suicida presenta una sobresaturación de datos, de acuerdo a la configuración de preguntas referidas al riesgo suicida.

Tabla 15

Resumen del procesamiento de los casos			
		N	%
Casos	Válidos	243	100,0
	Excluidos ^a	0	,0
	Total	243	100,0

Tabla 16

Estadísticos de fiabilidad	
Alfa de Cronbach	N de elementos
,935	33

Análisis de Fiabilidad del Componente Estresores ambientales.

Se realizó en análisis de fiabilidad total de la muestra, arrojando un alfa de .517, el cual continúa siendo bajo, evidenciando una disminuida consistencia interna, lo cual es lejano a la aceptación estadística. No obstante, la cifra aumento desde la prueba piloto, en donde el alfa resultó ser .472 (Tabla 17)

Tabla 17

Estadísticos de fiabilidad	
Alfa de Cronbach	N de elementos
,517	5

En el anexo 11 se muestran las comunalidades pertenecientes al factor, en la cual indica que a pesar de arrojar un alfa disminuida, las preguntas presentan una relativa consistencia entre ellas.

Por otro lado, la varianza total explicada es de 56,656%.

Análisis de Fiabilidad del Componente Enfermedades Psiquiátricas, Síntomas Psicológicos y Rasgos de Personalidad.

En este caso, el alfa arrojado corresponde a .722 (Tabla 18) y se evidencia un aumento en 0,27, ya que para la prueba piloto el alfa arrojado correspondió a .695, quedando esta vez dentro de lo esperable y de confiabilidad aceptable en un instrumento de estas características, teniendo una consistencia general dentro del mismo componente.

Tabla 18

Estadísticos de fiabilidad	
Alfa de Cronbach	N de elementos
,722	9

Análisis de Fiabilidad del Componente Factores Intrapsíquicos.

Según las investigaciones, los aspectos intrapsíquicos desempeñan un rol relevante al momento del pensamiento, ideación y riesgo suicida. En este caso, las preguntas que apuntaban a los aspectos intrapsíquicos fueron condensados en 20 elementos, los cuales luego de la reducción tras el análisis factorial quedaron en 15, obteniéndose como resultado un alfa de .921 (Tabla 19), evidenciándose una sobresaturación en el factor, aun cuando la consistencia general entre preguntas es significativa. La varianza total explicada de este factor corresponde a 61,145%.(anexo 12).

Tabla 19

Estadísticos de fiabilidad	
Alfa de Cronbach	N de elementos
,931	15

Análisis de Fiabilidad del Componente Conductas Suicidas Previas, Oportunidad y Factibilidad.

El último factor relevante en el riesgo suicida se refiere a las conductas suicidas previas, las oportunidades de cometer suicidio y la factibilidad de la posible ejecución del acto.

Para evaluar lo anterior, se construyeron en primera instancia 6 preguntas, de las cuales dos se eliminaron posterior al análisis factorial, quedando finalmente en 4 preguntas, dando como resultado un alfa significativamente superior (Tabla 20) contrastado con el arrojado en la prueba piloto, el cual fue de .716.

Además, las preguntas presentan una alta consistencia interna, lo cual se puede observar en el anexo 13, en donde además se observa una varianza total explicada de 71,068%.

Tabla 20

Estadísticos de fiabilidad	
Alfa de Cronbach	N de elementos
,854	4

VI. CONCLUSIONES

Fortalezas y debilidades metodológicas.

Finalizada la investigación y como respuesta al objetivo general de la investigación se concluye que las puntuaciones obtenidas en los resultados de la investigación no miden la totalidad del objeto en estudio, ya que el Cuestionario de Riesgo Suicida (CERIS), presenta restricciones propias, inherentes a la medición objetiva de la realidad. La causa de tal limitación se debe a la inexistencia de una herramienta de medición que pueda calcular el total de la variable riesgo suicida (Kerlinger y Lee, 2002). Con respecto a las respuestas y el grado de error es

desconocido debido a las limitaciones propias del tipo de muestra (Briones, 1996). Por lo anteriormente descrito es que no se ha podido calcular de manera exacta el grado de error, aun así, y debido a que el alfa de Cronbach general del cuestionario resultó ser .935, es que se concluye que el grado de error está dentro de lo aceptable para las ciencias sociales y por lo tanto el instrumento creado en la investigación es válido y confiable para la medición del riesgo suicida en población de 20 a 29 años de la ciudad de Chillán, dando cumplimiento así a los dos últimos objetivos específicos de la investigación.

La creación y posterior aplicación del cuestionario, permitió la transformación del conjunto de variables subjetivas que componen el riesgo suicida, a una elaboración estadística entregada por las puntuaciones obtenidas en el CERIS. Esto contribuyó a una medición objetiva de la percepción de las variables asociadas al riesgo suicida. A pesar de que la sensación subjetiva nunca se podrá medir de manera objetiva, la transformación de la subjetividad de la persona en datos numéricos permitió el establecimiento de los factores y variables de riesgo suicida más frecuentes en la población de Chillán de 20 a 29 años. Además, la transformación de la subjetividad a la objetividad, mediante consensos respecto de la percepción de los aspectos y cómo esta se presenta en los sujetos, se relaciona con el paradigma epistemológico de investigación. El neopositivismo, expresa que hay patrones de la realidad que se escapan a lo cuantificable (Bunge, 2004), por lo que instaurar parámetros evaluables en ellos es algo que no es posible de realizar. Sin embargo, la percepción de los síntomas en la investigación, es la manera objetiva de medir la prevalencia del riesgo suicida en estudio.

Al investigar los factores que inciden en el riesgo suicida, estos fueron agrupados en seis grandes factores que consideran los diversos componentes que la literatura y los estudios señalan como significativos para medir la variable riesgo suicida, estos factores son Antecedentes personales y familiares, estresores ambientales, enfermedades psiquiátricas, síntomas psicológicos y rasgos de personalidad, enfermedades físicas, factores intrapsíquicos y finalmente

conductas suicidas previas, oportunidad y factibilidad. Estos factores dieron como resultado 61 reactivos, de los cuales 27 fueron expresados dicotómicamente y 34 fueron expresados politómicamente.

Los cuestionarios existentes en el contexto nacional , tienen ciertas carencias metodológicas y teóricas como lo son por ejemplo centrarse sólo en aspectos ideacionales, dejando de lado la oportunidad de atender contra la propia vida, estresores ambientales, o enfermedades médicas y psiquiátricas, aspectos que teórica y empíricamente influyen significativamente en el riesgo suicida, igualmente son cuestionarios que al menos cuentan con 30 años desde su creación, por lo que han obviado en su construcción nuevas investigaciones y hallazgos asociados a las conductas autolíticas. Es por lo citado previamente que se que se pretendió crear el cuestionario CERIS, el cual consideró diversas variables que los demás cuestionarios no recogían, de manera de ser un instrumento holista e integrador, que considerara las diversas variables del riesgo suicida, de manera de poder pesquisar de manera más específica aquellos factores más comunes al riesgo suicida en población chillaneja de 20 a 29 años. Sin embargo, la posibilidad de establecer un instrumento que mida el riesgo suicida de manera fiable se ve dificultada por la escasez de instrumentos similares para contrastarlos (Tapia y cols., 2010). Es por esto que el instrumento creado para esta investigación puede servir para futuras exploraciones relacionadas al Riesgo Suicida. La existencia de un cuestionario basado en una íntegra revisión teórica de las principales investigaciones y datos empíricos, permite un trabajo más profundo en relación al riesgo suicida y las variables implicadas, favoreciendo la futura comparación de resultados para concluir acerca de cómo se comportan las diversas variables que influyen en el riesgo suicida en el contexto nacional.

Sin embargo, en el eventual y posterior uso del instrumento se recomienda su uso cauteloso con respecto a la población objetivo, pues debido a las características inherentes a la muestra y considerando que no existe un porcentaje

de error estándar conocido es que se hace necesario mencionar que existe la probabilidad de que los resultados no sean similares si es que se aplica a otra población, otra ciudad u otro contexto en general.

A pesar de las deficiencias que presenta el tipo de muestreo elegido, se optó por éste debido a la factibilidad o viabilidad de la investigación, la cual incluye entre otros aspectos, la capacidad del personal participante en la investigación, la asequibilidad a las fuentes de información, el tiempo para llevar a cabo el estudio, los costos y recursos humanos y económicos disponibles, los cuales son limitados y condicionan la realización de la investigación, es decir, se optó por un muestreo intencionado debido a que la materialización de la investigación resulta más económica en términos de tiempo y recursos humanos (Cea, 2001).

Entre las principales ventajas del muestreo no probabilístico se puede mencionar la simplicidad y economía en su aplicación, fácil administración y no es necesario un listado de la población. Por otro lado, entre los principales inconvenientes se menciona la imposibilidad de estimar el error típico y la dificultad en la generalización de los resultados obtenidos más allá de los casos que componen la muestra debido a los sesgos producto de la elección muestra (Cea, 2001; Pineda y cols., 1994).

Otra limitante la constituye el estrecho rango de edad de la muestra, la cual fue escogida netamente por la factibilidad de la ejecución, aplicación y posterior interpretación de los datos y resultados. Si bien, la teoría y las investigaciones señalan como edades más vulnerables a cometer suicidio a las que fluctúan entre los 15 a 45 años (Gutiérrez y cols., 2006; OMS, 2010; Romero y cols., 2005) se ha optado finalmente por conservar aquella que parecía más accesible. Además, al delimitar la edad se delimita también la cantidad del universo al cual se aplicará el instrumento, es decir, la muestra, la cual resultó ser de 243 personas.

En cuanto a la influencia y permeabilidad cultural del instrumento, se optó por considerarla y no intentar objetivarla, pues el suicidio es un fenómeno que varía según la cultura, teniendo muchos ribetes que consideran el país, la época,

el sexo, el género, los estereotipos sociales, los prejuicios y la religión (Bunge, 2003).

En consideración de lo anterior es que el posterior uso del instrumento debe cautelar los factores antes mencionados, ya que en la construcción del instrumento no se consideró el aislamiento de la cultura y el contexto.

El cuestionario es de fácil lectura y comprensión, está redactado en un lenguaje claro que facilita el entendimiento íntegro de los reactivos. Además, el orden de las preguntas no fue azaroso, más bien la selección de aparición de preguntas estuvo cuidado por el nivel de ansiedad que podría provocar la pregunta y el nivel de posible invasión o intimidación personal que podrían generar, quedando finalmente como preguntas ordenadas según el criterio de “ansiedad o invasión” que generaba cada una de ellas, quedando los reactivos más ansiógenos para el final.

El instrumento creado no cuenta con escalas de deseabilidad social o escalas de mentira, ya que en el cuestionario no estaba planteados como objetivos, además, de esta manera se evitaba extender innecesariamente a los participantes respondiendo las preguntas. Las dos aplicaciones del CERIS apelaron a la honestidad propia de cada persona que respondía.

Como limitante metodológica y teórica se cuentan la imposibilidad de analizar las preguntas dicotómicas de la misma manera que se analizaron las politómicas, debido a que ambos análisis son de distinta naturaleza. Dichas preguntas no podían quedar fuera de la investigación, pues los reactivos asociados en ellas son importantes variables de riesgo suicida y tienen un valioso peso metodológico según las investigaciones (por ejemplo: en su familia (padre, madre, hermanos/as) ¿alguien ha intentado quitarse la vida?, ¿Ha sido víctima de abuso sexual o violación? o ¿Ha ideado un plan de suicidio?).

Finalmente se eligió por realizar un análisis descriptivo de frecuencias, para dejar en evidencia cuales son los reactivos más llamativos que inciden en el riesgo suicida y la frecuencia de aparición a lo largo del instrumento.

Hallazgos Teóricos

Son las mujeres quienes aparecen con más altas cifras de patologías mentales, especialmente depresión, hallazgo que se relaciona con que son especialmente las mujeres a quienes se les permite demostrar síntomas de tristeza vital y además pedir ayuda para encontrar una solución a esto, por el contrario, en los hombres no es deseable socialmente que muestren vulnerabilidad, como lo es una enfermedad mental o deseos de morir por ejemplo (Aja, 2007; Taborda y cols, 2009). Lo cual puede influir en la forma de informar o de entregar la información requerida.

Respecto de lo anterior se puede observar una importante prevalencia de depresión, lo cual resulta especialmente relevante ya que se ha estimado que más del 90% de todos los suicidios se relacionarían con trastornos emocionales u otras enfermedades psiquiátricas, principalmente depresión, esquizofrenia y trastorno bipolar (Álvarez y cols., 2012; Barrionuevo, s/a; Bobes y cols., 2011; Cubillas y cols., 2012; Negredo y cols., 2010; Urzúa y Caqueo, 2010).

Para un mejor análisis en estudios posteriores en los cuales se utilice el instrumento creado, sería conveniente que los componentes que integran cada factor sean ordenados según su naturaleza de origen, es decir, agrupar por ejemplo *síntomas de ansiedad o síntomas de depresión* lo que facilitaría un grado de especificidad mayor en el análisis de los resultados.

Sumado a lo anterior, en el suicidio convergen variables de diversa naturaleza, como son variables ambientales, psicológicas, familiares y físicas, en donde es complicado definir cuál es la más influyente, por lo que se podrían dar

casos de falsos positivos. Por lo mismo y en consideración con lo anterior es que podría incluso servir como cuestionario de tamizaje a otras patologías como lo son depresión, trastornos de ansiedad o estrés crónico/agudo, ya que el riesgo suicida está compuesto por variables de diversa índole que se entrecruzan y no entregan resultados puros, ya que son síntomas subjetivos e influidos unos por otros.

En concordancia con lo anterior y teniendo en cuenta las diversas variables del riesgo suicida se esperaba encontrar coherencia entre factores, es decir, que los sujetos respondieran con cierto equilibrio entre factores, no obstante, se encontró al factor “Intrapsíquicos” como factor con mejores resultados estadísticos, coherencia y consistencia interna y con mayores niveles de respuesta, lo que lleva a la conclusión de que es un factor relevante y significativo al momento de considerar el riesgo suicida a nivel general.

Dicho de otro modo, al parecer los síntomas como sentimientos de culpa e inadecuación, ansiedad, desesperanza, impulsividad, tristeza, anhedonia, desinterés, baja autoestima, nerviosismo y sentimientos de aislamiento social tienen mayor relevancia estadística que factores como intentos previos de suicidio, estrés, o problemas de pareja.

VII. REFERENCIAS

Abellan, A. (2005). El Suicidio entre las personas de edad. Consejo Superior de Investigaciones Científicas. 15(1)p.p 65-67.

Aja, L. (2007). El Suicidio y los Factores Indicadores de Riesgo. *Revista Universidad Nacional Autónoma de México*. P.p 1-22.

Aliaga, J. (2011).Psicometría: Test Psicométricos, Confiabilidad y Validez. Pontificia Universidad Católica de Argentina, p.p 85-107.

Álvarez, M. (2010). Evaluación e intervención del riesgo suicida. Servicio de Asistencia Psiquiátrica de la Dirección General de Asistencia Sanitaria de la Comunidad de Castilla y León. p.p 1- 15.

Álvarez, M. Atienza, G. Ávila, Canedo, C. Castro, M. Combarro, J. De Las Heras,H. y Ferrer, E. (2012). *Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida*. Evaluación y Tratamiento. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. España.

Arlaes, L., Hernández, G., Álvarez, D., Cañizares, T. (1998). Conducta Suicida. Factores de Riesgo asociados. *Revista Cubana de Medicina General Integral*. 14, p.p 122-126.

Baader, T. Urra, E. Millán, R y Yáñez, L. (2011). Algunas consideraciones sobre el intento de suicidio y su enfrentamiento. *Revista médica clínica las Condes*.22 (3), p.p. 303-309

Baringoltz, S. (2008). Terapia Cognitiva y Depresión. *Revista de la Asociación de Psicoterapia de la República Argentina*, p.p 1-8

Barrionuevo, J (s/a). Ficha suicidio e intentos de suicidio. Recuperado el 3-11-2013, desde http://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios_catedras/obligatorias/055_adolescencia1/material/archivo/suicidio.pdf

Batthyany, K. y Cabrera M. (2011). Metodología de la Investigación en Ciencias Sociales. Montevideo: Universidad de la República.

Becerra, B. Páez, F. Robles, R y Vela, G. (2005). Perfil de temperamento y carácter de personas con intento suicida. *Actas Especialización en Psiquiatría*. 33 (2) p.p 117-122.

Blanco, T. (2006) Suicidio y Parasuicidio en Adolescentes. Prevención y Tratamiento. Universidad de la Sabana. p.p 1- 38.

Briones, G. (1996). Metodología de la investigación cuantitativa en las ciencias sociales. Bogotá: ARFO.

Bobes, J. (1996). Bases Biológicas de la Conducta Suicida y Parasuicida. *Focus on Psychiatry*, (3) p.p 52-64.

Bobes, J. Giner, J y Saiz, J. (2011). Suicidio y Psiquiatría. Recomendaciones Preventivas y de Manejo del Comportamiento Suicida. Madrid: Triacastela.

Briones, G. (1996). Metodología de la investigación cuantitativa en las ciencias sociales. Bogotá: Instituto Colombiano para el fomento de la educación superior, icfes.

Bunge, M. (1976). La investigación científica: su estrategia y filosofía. Siglo XXI. México.

Bunge, M. (2003). La ciencia: su método y filosofía. Panamericana. México.

Camel, F. (1970). Estadística médica y de salud pública, Universidad de los Andes. Venezuela.

Campo-Arias, A. y Oviedo, H. (2008). Propiedades psicométricas de una escala: La consistencia interna. *Revista de Salud Pública*, 10 (5), pp. 831-839.

Carrillo, J. Valdez, L. Vázquez, H. Franco, J. De la Peña, A y Martínez, J. (2010). Depresión, ideación suicida e insomnio en universitarios de Saltillo, problemas relevantes de salud pública. *Revista Mexicana de Neurociencia*. 11(1) p.p 30-32

Cassaretto, M y Martínez, P. (2012). Razones para vivir en jóvenes adultos: validación del RFL-YA. *Revista de Psicología*. 30 (1), pp 170-188.

Cascal, J y Mateu, E. (2003). Tipos de Muestreo. *Revista Epidemiología Médica*. 1, p.p 3-7.

Cea, M (2001). Metodología Cuantitativa. Estrategias y Técnicas de Investigación Social. Madrid: Síntesis.

Choquet, M., Facy, F. y Davidson, F. (1980). Suicidio e Intento de Suicidio entre Jóvenes Franceses. Londres: Croom Helt Ltda.

Chuaqui, C. Lemkau, P. Legarreta, A y Contreras, M. (1966). El suicidio en Santiago de Chile. *Public Health Reports* ,81 (12) p,p 212-222.

Clark-Carter, D. (2002). Investigación Cuantitativa en Psicología. Del diseño Experimental al Reporte de Investigación. México: Oxford University Press.

Climent, C. Castrillón, E. Miranda, C. González, C. Conde, S y Torres, F. (2008) Urgencias Psiquiátricas. Colombia: Seguro Social Salud.

Colegio de psicólogos de Chile (2009). Código de Ética Profesional. Extraído el 25 de diciembre de 2012 en: http://ponce.inter.edu/cai/bv/código_de_etica.pdf

Corbetta, P. (2007). Metodología y Técnicas de Investigación Social. Madrid: McGraw-Hill/Interamericana de España.

Cortada, N. (2005) Técnicas Psicológicas de Evaluación y Exploración. México: Trillas.

Cubillas, M. Román, R. Abril, E. Galaviz, A.(2012). Depresión y comportamiento suicida en estudiantes de educación media superior en Sonora. *Revista de Salud Mental*. 35 (1), p.p 35-50.

De Landa, P. (2013). El suicidio y la importancia de su prevención. Trabajo de fin de grado no publicado. Universidad del País Vasco.

Díaz-Sastre,C. (2000). Valoración del intento de suicidio en urgencias I Congreso Virtual de Psiquiatría Conferencia 36-CI-D: [21 pantallas]. Extraído el 22 de diciembre desde: http://www.psiquiatria.com/congreso/mesas/mesa36/conferencias/36_ci_d.htm

Echeverría, R. (1991). El Búho de Minerva: una introducción a la filosofía moderna. Santiago de Chile: J. C. Sáez Editor.

Eguiluz, L. (2010). ¿Qué podemos hacer para evitar el suicidio? México: Pax.

Eguiluz, L. Córdova,M y Rosales, J. (2010). Ante el Suicidio. Su comprensión y tratamiento. México: Pax

Facultad de Psicología de la Universidad de la República (1997) Protocolo de acuerdo al marco de principios éticos para el ejercicio profesional de los psicólogos en el MERCOSUR y países asociados. Extraído el 25 de diciembre de 2012 en: http://www.colpsic.org.co/portal/tribunales_ref_nor_archvos/Protocolo_Mercosur.pdf

Federación de Psicólogos de la República Argentina (1999). Código de ética de la Federación de Psicólogos de la República Argentina. Extraído el 24 de diciembre de 2012 en: http://fepra.org.ar/docs/Codigo_de_etica.pdf

Federación Mundial para la Salud Mental. (2010). Enfermedad Mental y Suicidio. Guía para la familia para encarar y reducir los riesgos.

Florenzano, R. (2008) Conductas de riesgo suicida en un servicio público de psiquiatría : estudio naturalístico. Trabajo presentado en Seminario sobre *Suicidio*, Centro de extensión Universidad Católica. Abril, Santiago.

França-Tarragó, O. (2001). Ética para psicólogos. Bilbao: Desclée de Brouwer.

Frías-Navarro,D (2010). Validez externa, selección aleatoria y asignación aleatoria. Extraído el 20-08-2013, desde <http://www.uv.es/friasnav/Validez%20externa.pdf>

García, J. Palacio, C. Acosta, S. Ocampo, M. Calles, J. Restrepo, D. Vargas, G. y López, C. (2007). Características asociadas al riesgo de suicidio valorado clínicamente en personas con intento reciente. *Revista Colombiana de Psiquiatría*. 35 (4). 610-627.

García. H, Sahagún. J, Ruiz. A, Sánchez. G, Tirado. J y González. J, 2010. Factores de riesgo, asociados a intento de suicidio, comparando factores de alta y baja letalidad. *Revista de salud pública, México*. 12 (5), p.p 713-721.

Geymonat, L. y Minazzi, F. (2006). Neopositivismo Y Marxismo. Buenos Aires: Jorge Baduino Ediciones.

Goldney, R. (1989). Ideación Suicida en población adulto joven. *Acta Psiquiatría Escandinava*. 79, 481-489.

González, S. Díaz, A. Ortiz, S. González, C y González, J.(2000) Características Psicométricas de la Escala de Ideación Suicida de Beck en Estudiantes Universitarios de la Ciudad de México. *Revista de Salud Mental. Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente*. 23 (2). P.p 21-30.

Gómez-Peresmitré, G. y Reidl, L. (2005). Metodología de la Investigación en Ciencias Sociales. Guadalajara: Editorial UNAM.

González, S y O`Farrill, M. (2003). Conducta Suicida. Enfoque Sistémico. *Revista Cubana de Psicología*. 20 (2), pp. 117-127

González, R. Yll, M y Curiel, L. (2003). Metodología de la Investigación Científica para las Ciencias Técnicas. Cuba: Siglo Veintiuno.

Granados, J y Delgado, G. (2008). Identidad y riesgos para la salud mental de jóvenes gays en México: recreando la experiencia homosexual. *Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro*. 24(5), p.p 1042-1050.

Guilbert, W y Del Cueto (2003).Factores psicosociales de riesgo de la conducta suicida. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 19 (5).

Gutiérrez, A. Contreras, C y Orozco, R. El Suicidio. Conceptos Actuales (2006). *Revista de Salud Mental Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente*. 29 (5) p.p 66-74.

Hernández, R. Fernández, C y Baptista, P (2006.) Metodología de la Investigación. México: McGraw- Hill Interamericana de México.

Hoyos, M. (2005). Sanando heridas después de un suicidio. Bogotá, Fundación Omega.

Hueso, A y Cascant, M. (2012). Metodología y Técnicas Cuantitativas de Investigación. Valencia: Universitat Politècnica de Valencia.

Ilustre Municipalidad de Chillán (2011). Actualización Plan de Desarrollo Comunal 2011- 2015.

Jiménez, N. Lozano, J. Rodríguez, L. Vargas, G. Rubio, A. y López, I. (2005). Consumo de alcohol y drogas como factor de riesgo de intento suicida. *Medicina Interna de México*. 21(3), p.p 183-187.

Kerlinger, F. y Lee, H. (2002). Investigación del Comportamiento. México, D.F.: McGraw-Hill.

Kirchner, T. Ferrer, L. Forns, M. y Zanini, D.(2011). Conducta autolesiva e ideación suicida en estudiantes de enseñanza secundaria obligatoria. Diferencias de género y Relación con estrategias de afrontamiento. *Actas especialización Psiquiatría*. 39 (4) p.p 226-235.

La Discusión (2013). Ñuble presenta alto riesgo de muerte por diabetes, suicidio y cirrosis. Diario la Discusión, 47.154.

Lenk, H. (1988). Entre la epistemología y la ciencia social. Barcelona: Alfa.

León, J. (2009). Capítulo V, Intento de suicidio. Extraído el 06-06- 2013 desde http://www.aibarra.org/Apuntes/criticos/Guias/Psiquiatria/Intento_de_suicidio.pdf

López, R (2010). Para una conceptualización del constructivismo. *Revista Mad* .23, p.p 25- 30.

Mann,J. Bortinger, J. Oquendo, M. Currier, D. Li, S. y Brent, D. (2005).Antecedentes familiares de conducta suicida y de trastornos del estado de ánimo en probandos con trastornos del estado de ánimo. *Am J Psychiatry*. 8, p.p 626-633.

Mansilla, F. (2010). Suicidio y Prevención. Palma de Mallorca: Intersalud.

Mardomingo, M. (1994). Psiquiatría del niño y del adolescente: método, fundamentos y síndromes. Madrid: Díaz de Santos.

Martínez, A. Moracén, I. Madrigal y Almenares, M.(1998). Comportamiento de la Conducta Suicida Infanto-Juvenil. *Revista Cubana Medicina General Integral*.14 (6) p.p 554-9.

Ministerio de Salud (2009). Guía clínica de tratamiento de personas con depresión. Santiago: MINSAL.

Ministerio de Salud. Departamento de Estadísticas e Información de Salud (2011). Indicadores Básicos de Salud 2011. Gobierno de Chile, p.p 1-40.

Mojica, C., Sáenz, D. y Rey-Anaconda, C. (2009). Riesgo suicida, desesperanza y depresión en internos de un establecimiento carcelario colombiano. *Revista Colombiana de Psiquiatría*. Vol. Nº 38, pp 681-692.

Morocho, I. (2007, junio 2007). Intento de Suicidio: Tratamiento Psiquiátrico. Recuperado el 20 – 06- 2013 desde http://www.suicidologia.org.ar/files/ecuador/intento_de_suicidio_ismael_morocho.pdf

Muñoz, J. Pinto, V. Napa, N. y Perales, A (2006). Ideación suicida y cohesión familiar en estudiantes preuniversitarios entre 15 y 24 años, Lima 2005. *Revista Peruana Medicina Experimental Salud Pública*. 23(4), p.p 239- 246.

Nahuelpan, E. y Varas, J. (2010). El Suicidio en Chile: Análisis del fenómeno desde los datos médico legales. Unidad de Estadísticas Servicio Médico Legal, p.p 1- 15

Negredo, L. Melis, F y Herrero, O. (2010). Factores de riesgo de la conducta suicida en internos con trastorno mental grave. Madrid: Organismo Autónomo Trabajo Penitenciario y Formación para el Empleo Taller de Artes Gráficas del Centro Penitenciario de Madrid III.

Nizama, M. (2011). Suicidio. *Revista Peruana de Epidemiología*. 15 (2), p.p 1-5.

Organización Mundial de la Salud (2000). Prevención del Suicidio. Un Instrumento para Médicos Generalistas, Ginebra, Suiza.

Organización Mundial de la Salud (2001). Prevención del Suicidio. Un Instrumento para Docentes y demás Personal, Ginebra, Suiza.

Organización Mundial de la Salud (2009). Prevención del Suicidio. Un Instrumento para Trabajadores de Atención Primaria de Salud, Ginebra, Suiza.

Organización Mundial de la Salud (2009). Prevención del Suicidio. Un Instrumento para Profesionales de los Medios de Comunicación, Ginebra, Suiza.

Ortega, M. y Cayuela, A. (2002). Regresión Logística no Condicionada y Tamaño de Muestra. *Revista Española de Salud Pública*, 76, (2), pp 85-93

Pandey, G. (2013). Bases biológicas del suicidio y la conducta suicida. *Revista de Psiquiatría*; 15 (5), pp. 524–541.

Paradinas, F. (1979). Metodología y Técnicas de Investigación en Ciencias Sociales. México: Siglo Veintiuno Editores.

Pavez, P. Santander, N. Carranza, J. y Vera, Pablo. (2009). Factores de riesgo familiares asociados a la conducta suicida en adolescentes con trastorno depresivo. *Revista Médica de Chile*. 137. p.p 226-233.

Pérez, H. (2000). Estadística para las ciencias sociales y del comportamiento. México: Oxford

Pichot, P. (1963). Los test mentales. Buenos Aires: Paidós.

Pineda, E. Alvarado, E y Hernández, F. (1994). Metodología de la Investigación. Manual para el desarrollo de personal de salud. Organización Panamericana de la Salud: Washington D.C.

Pourtois, J. (1992). Epistemología e instrumentación en ciencias humanas. Barcelona: Herder.

Quintanilla, R. Valadez, I. González, J. Vega, J. Flores, L y Valencia, S (2004). Tipos de Personalidad y Conducta Suicida. *Investigación en Salud*. 6 (2). P.p 108-113.

Ramón, G (2000). Diseños experimentales. Extraído el 15- 10- 2013 desde http://viref.udea.edu.co/contenido/menu_alterno/apuntes/ac37-diseno_experiment.pdf

Retamal, P. Luengo, J y Trebilcock, J. (2010). Epidemiología del Suicidio en Chile. *Acta Médica*. 4(1) p.p 13-21.

Reyes, H. Castro, R. Polo, L y Ceballos, G. (2005). Características Psicodemográficas de los Pacientes Atendidos por Intento de Suicidio en un Hospital de Tercer Nivel de la Ciudad de Santa Marta, Colombia. *Revista de la Facultad de Ciencias de la Salud*. 2 (1) p.p 27-35.

Richaud, M. (2007). La Ética en la Investigación Psicológica. *Enfoques*. 19 (2), pp. 5-18.

Rodríguez, J; Fernández, A; Hernández A., E; Ramírez P., S. (2006). Conductas Agresivas, Consumo de Drogas e Intentos de Suicidio en Jóvenes Universitarios. *Terapia Psicológica*, junio, 63-69.

Rodríguez, R (2010). Metodología de la Investigación. Extraído el 05-09-2013, desde

<http://www.sisman.utm.edu.ec/libros/FACULTAD%20DE%20CIENCIAS%20ZOOT%20C3%89CNICAS/CARRERA%20DE%20INGENIER%20C3%8DA%20ZOOT%20C3%89CNICA/07/Proyectos%20Investigaci%20C3%B3n%20Cient%20C3%ADfca/Modulo1%20Proceso%20de%20Investigacion%20y%20Protocolo%20OPS.pdf>

Rojas, L. (s/a). Suicidio y Religión. Extraído el 28-09-2013 desde http://www.suicidologia.org.ar/files/ecuador/suicidio_y_Religion_luis_rojas.pdf

Romero, M. Rubio, P y Díaz, F. (2008). Epidemiología de la mortalidad por suicidio en la adolescencia y juventud. Trabajo presentado en Seminario sobre Suicidio, Centro de Extensión Universidad Católica. Abril, Santiago.

Rueda-Jaimes, G. Díaz, P. Rangel, A. Castro-Rueda, V y Camacho, P. (2011). Diferencias de género en pacientes con suicidabilidad. *Revista colombiana de Psiquiatría*.40 (4), p.p 636-646.

Sánchez-Sosa, J. Villarreal, M y Musitu, G y Martínez, B. (2010). Ideación Suicida en Adolescentes: Un Análisis Psicosocial. *Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid*.19 (3) p.p 279-287.

Salomone, G. (2003). El consentimiento informado y la responsabilidad: un problema ético. Trabajo presentado en “Memorias de las X Jornadas de Investigación: Salud, educación, justicia y trabajo.” Agosto. Buenos Aires.

Scharager, J. (2001). Muestreo no probabilístico. Extraído el 01- 10- 2013 desde http://cursos.uc.cl/unimit_psi_003-1/almacen/1222368251_jscharag_sec4_pos0.pdf

Scheuch, M. (2012, marzo 24). Tasa de suicidio adolescente es la más alta de Latinoamérica. Recuperado el 10 de junio de 2013, desde <http://radio.uchile.cl/2012/03/24/tasa-de-suicidio-adolescente-es-la-mas-alta-de-latinoamerica>.

Schlatter, J. Irala, J y Escamilla, I. (2005). Psicopatología asociada a la homosexualidad. *Revista Médica Universidad Navarra*. 49 (39), p.p 69-79.

Sierra, R (1983). Ciencias Sociales. Epistemología, lógica y metodología. Teoría y ejercicios. Madrid: Paraninfo.

Sola, M. (2011). Sociodemografía del suicidio en la población adolescente y joven en Argentina, 1999- 2007. *Revista Argentina de Salud Pública*. 2 (9), p.p 18-23.

Soler, P y Gascon, J. Recomendaciones Terapéuticas en los Trastornos Mentales. Catalunya: ArsMedica.

Taborda, L. y Tellez, J. (2006). El Suicidio en Cifras. Bogotá: Croom Helt Ltda.

Tapia, P. Vohringer, P y Ornstein, C (2010). Conducta Suicida en Hospital General. *Revista Hospital Clínico Universidad de Chile*, (21), pp. 187-196.

Tuesca, R. y Navarro, E. (2003). Factores de Riesgo Asociados al Suicidio e Intento de Suicidio. *Salud Uninorte*, 017. Pp 19-28

Úrzua, A y Caqueo, A. (2010) Construcción y evaluación psicométrica de una escala para pesquisar factores vinculados al comportamiento suicida en adolescentes chilenos. *Universitas Psychologica*, 10 (3), p.p 721-734.

Valdivia, M., Ebner, D., Fierro, V., Gajardo, C., y Miranda, R. (2001). Hospitalización por intento de suicidio en población pediátrica: una revisión de cuatro años. *Revista Chilena de NeuroPsiquiatría*; 39(3): pp. 211-218.

Vega, J y García-Onieva, M. (2008). Depresión, Suicidio y Duelo. *Revista de Psiquiatría Hospital Clínico San Carlos*, Madrid. P.p 1-13

Venceslá, J. y Moriana, J. (2002). Conducta autolítica y parasuicida. Características sociodemográficas en población infantojuvenil de ámbito rural. *Revista Asociación Española de Neuropsiquiatría*. 21 (84), p.p 49-64.

VIII. ANEXOS.

ANEXO 1

CUESTIONARIO CERIS PRIMERA VERSIÓN

I-ANTECEDENTES PERSONALES

Conteste con la mayor honestidad posible.

Edad	
-------------	--

Sexo	Mujer	Hombre

Estado civil actual	
	Casado (a)
	Soltero(a)
	En una relación estable
	Viudo(a)
	Separado/divorciado

Ciudad de Procedencia	
------------------------------	--

Ciudad donde reside la mayor parte del año.	
--	--

II- Ítem de respuestas si/no.

Las siguientes preguntas tratan sobre cosas que usted puede haber sentido, hecho, le hayan sucedido o le estén sucediendo actualmente. Elija y marque solo una de las alternativas que a continuación se le presentan.

	Pregunta	Si	No
1	Usted ¿está en una relación sentimental?		
2	Usted ¿vive usted solo la mayor parte del año? (por motivos laborales, académicos u otro similar)		
3	En su familia ¿alguien ha intentado quitarse la vida?		
4	Algún familiar cercano ¿se ha quitado la vida?		
5	En la actualidad usted ¿se encuentra desempleado?		
6	Usted ¿está en riesgo de ser encarcelado?		
7	¿Ha fallecido alguien importante para usted en el transcurso de los últimos seis meses?		
8	¿Se ha divorciado o separado de su pareja en el transcurso de los últimos seis meses?		
9	Su pareja ¿ha fallecido en el transcurso de los últimos seis meses?		
10	Usted ¿ha sido víctima de abuso sexual o violación?		
11	Usted ¿padece de sida?		
12	Usted ¿padece de algún tipo de cáncer?		
13	Usted ¿ha sufrido de amputación de alguna parte importante de su cuerpo?		
14	Usted ¿ha sufrido un accidente que haya dejado secuelas físicas visibles (por ejemplo desfiguración, quemaduras o cicatrices) que le haga sentirse disconforme con su imagen corporal?		
15	Usted ¿ha sufrido de alguna pérdida sensorial invalidante? (por ejemplo ceguera, sordera, discapacidad física en algún grado)		
16	Usted ¿ha intentado quitarse la vida en alguna oportunidad?		

17	Usted ¿ha intentado quitarse la vida en dos o más ocasiones?		
18	Usted ¿ha ideado un plan de suicidio?		
19	Usted ¿alguna vez ha imaginado la manera de como quitarse la vida?		
20	Usted en el transcurso de los últimos seis meses ¿ha pensado en quitarse la vida?		
21	Usted le ha contado a alguna persona su deseo de morir?		
22	Usted ¿ha imaginado o fantaseado con su propia muerte?		
23	Usted ¿ha tenido un aumento de peso durante el último año que le haga sentirse disconforme con su imagen corporal?		
24	Usted considera qué ¿realmente cuenta con la oportunidad de quitarse la vida?		
25	Usted ¿tiene acceso real a armas u objetos con los que eventualmente pudiese atentarse contra su vida?		

III- CONTESTE SEGÚN SU PREFERENCIA

Responda según su apreciación. Escoja y marque sólo una de las alternativas. No deje ninguna pregunta sin responder, si ninguna de ellas lo representa totalmente elija la que más se aproxime a su situación o pensamiento. No deje

	Pregunta	Siempre	Casi siempre	A veces	Casi nunca	Nunca
1	¿Se siente conforme con su situación económica?					
2	¿Sufre de violencia o humillaciones escolares o laborales?					
3	¿Ha sufrido de violencia o humillaciones escolares o					

	laborales?					
4	¿Come usted en exceso durante períodos cortos de tiempo?					
5	¿Se siente usted estresado?					
6	¿Consume usted alcohol sin moderación más de cuatro veces a la semana?					
7	¿Consume usted drogas ilícitas como marihuana, pasta base, cocaína u otros similares?					
8	¿Tiene usted dificultades para conciliar o mantener el sueño?					
9	¿Al despertar siente que su sueño ha sido reparador?					
10	¿Experimenta sentimientos de culpa?					
11	¿Se siente ansioso sin justificación?					
12	¿Siente que no sirve para nada?					
13	¿Se siente socialmente aceptado?					
14	¿Siente que es un aporte para la sociedad?					
15	¿Tiene usted una visión negativa del futuro?					
16	¿Tiene usted una opinión negativa de sí mismo?					

17	¿Presenta usted conductas impulsivas?					
18	¿Se siente usted triste?					
19	¿Ha perdido interés en cosas que antes le parecían placenteras?					
20	¿Se siente desinteresado por las cosas o personas de su alrededor?					
21	¿Se siente solo o aislado de las demás personas?					
22	¿Siente que podría perder el control sobre si mismo?					
23	¿Con qué frecuencia piensa en morir?					
24	¿Piensa que el mundo estaría mejor sin usted?					
25	¿Sus pensamientos giran principalmente en torno a sus problemas?					
26	¿Visita usted a sus parientes, amigos o conocidos?					
27	¿Siente que puede contar con alguien para hablar de sus problemas?					
28	¿Se siente usted conforme con su vida sexual?					
29	¿Siente que su trabajo es satisfactorio y lo hace feliz?					
30	¿Con que frecuencia se					

	siente fracasado o inútil?					
--	----------------------------	--	--	--	--	--

ANEXO 2

CUESTIONARIO CERIS VERSIÓN FINAL.

I-ANTECEDENTES PERSONALES

Conteste con la mayor honestidad posible, marcando con una X cuando corresponda.

Sexo	Mujer	Hombre	Edad	
Situación sentimental Actual	Casado (a)			
	Soltero(a) sin pareja			
	Soltero (a) en una relación estable			
	Viudo(a)			
	Separado (a)/divorciado (a)			

¿Usted ha sido diagnosticado(a) por un profesional especialista con alguno (os) de los siguientes problemas de salud mental/ física?, marque cuál o cuáles de ellos.

Diagnóstico	
Depresión	
Esquizofrenia	
Bipolaridad	
Trastorno límite de la personalidad	
Trastorno antisocial de la personalidad	
Distimia	
Fobia social	

Estrés crónico	
Alcoholismo	
Adicción a drogas	
Enfermedad asociada a dolor crónico	

Otro problema de salud mental ¿Cuál?:

II- ÍTEM DE RESPUESTAS DICOTÓMICAS.

Marque con una X en **SI**, cuando la pregunta corresponda a una situación que haya sentido, haya hecho, le haya sucedido o le esté sucediendo actualmente. Marque con una X en **NO** cuando la pregunta corresponda a una situación que no haya sentido, no haya hecho, no le haya sucedido o no le esté sucediendo actualmente.

	Pregunta	Si	No
1	¿Vive usted solo(a) la mayor parte del año? (por motivos laborales, académicos u otro similar)		
2	Usted ¿se encuentra sin pareja sentimental en la actualidad?		
3	En la actualidad usted ¿se encuentra desempleado (a)?		
4	En su familia (padre, madre, hermanos/as) ¿alguien ha intentado quitarse la vida?		
5	Algún (a) familiar cercano (a) suyo ¿se ha quitado la vida?		
6	¿Ha tenido un cambio de peso durante el último año que le haga sentirse disconforme con su imagen corporal?		
7	¿Ha fallecido alguien importante para usted en el transcurso de los últimos seis meses?		
8	¿Se ha divorciado o separado de su pareja en el transcurso de los últimos seis meses?		
9	Usted ¿está en riesgo de ser encarcelado (a)?		

10	¿Ha fallecido su pareja en el transcurso de los últimos seis meses?		
11	¿Ha sido usted diagnosticado (a) de algún tipo de cáncer?		
12	¿Considera que no cuenta con alguien o algo importante por quien seguir viviendo?		
13	¿Le importa poco su propia muerte?		
14	Considera que ¿realmente cuenta con la oportunidad de quitarse la vida?		
15	¿Ha sufrido un accidente que haya dejado secuelas físicas visibles (por ejemplo desfiguración, quemaduras o cicatrices) que le haga sentirse disconforme con su imagen corporal?		
16	¿Considera el suicidio como una opción para terminar los problemas?		
17	¿Ha ideado un plan de suicidio?		
18	¿Considera valiente a una persona que se haya quitado la vida o haya atentado contra ella?		
19	¿Tiene creencias religiosas, ideológicas o políticas que le alienten a atentar contra su vida?		
20	¿Ha sufrido de amputación de alguna parte importante de su cuerpo?		
21	¿Le ha contado a alguna persona su deseo de morir?		
22	¿Ha sufrido de alguna pérdida sensorial severa? (por ejemplo ceguera, sordera, discapacidad física en algún grado)		
23	¿Se siente atraído (a) física, emocional y sexualmente por personas de su mismo sexo?		
24	¿Ha intentado quitarse la vida en alguna oportunidad?		
25	¿Ha intentado quitarse la vida en dos o más ocasiones?		
26	¿Ha sido usted diagnosticado (a) de SIDA?		
27	¿Ha sido víctima de abuso sexual o violación?		

III- CONTESTE SEGÚN SU PREFERENCIA

Responda según su apreciación. Escoja y marque sólo una de las alternativas. **No deje ninguna pregunta sin responder**, si ninguna de ellas lo representa totalmente elija la que más se aproxime a su situación o pensamiento.

1 ¿Se siente disconforme con su situación económica?

Siempre Casi siempre A veces Casi nunca Nunca

2 ¿Ha sufrido o sufre actualmente de violencia o humillaciones escolares o laborales?

Siempre Casi siempre A veces Casi nunca Nunca

3 Usted ¿Come en exceso durante períodos cortos de tiempo (atracones de comida)?

Siempre Casi siempre A veces Casi nunca Nunca

4 ¿Con que frecuencia usted se siente estresado (a)?

Siempre Casi siempre A veces Casi nunca Nunca

5 ¿Con que frecuencia consume alcohol sin moderación (hasta quedar en estado de ebriedad) más de cuatro veces a la semana?

Siempre Casi siempre A veces Casi nunca Nunca

6 ¿Consume drogas como marihuana, pasta base, cocaína u otros similares?

Siempre Casi siempre A veces Casi nunca Nunca

7 ¿Tiene dificultades para conciliar o mantener el sueño?

Siempre Casi siempre A veces Casi nunca Nunca

8 Al despertar ¿siente que su sueño no ha sido reparador?

Siempre Casi siempre A veces Casi nunca Nunca

9 ¿Se siente ansioso(a) sin justificación?

Siempre Casi siempre A veces Casi nunca Nunca

10 ¿Siente que sirve para nada?

Siempre Casi siempre A veces Casi nunca Nunca

11 ¿Se siente rechazado (a) socialmente?

Siempre Casi siempre A veces Casi nunca Nunca

12 ¿Siente que no es un aporte para la sociedad?

Siempre Casi siempre A veces Casi nunca Nunca

13 ¿Tiene usted una visión negativa del futuro?

Siempre Casi siempre A veces Casi nunca Nunca

14 ¿Tiene usted una opinión negativa de sí mismo (a)?

Siempre Casi siempre A veces Casi nunca Nunca

15 ¿Presenta usted conductas impulsivas?

Siempre Casi siempre A veces Casi nunca Nunca

16 ¿Se siente desinteresado (a) por las actividades o personas de su alrededor?

Siempre Casi siempre A veces Casi nunca Nunca

17 ¿Se siente solo (a) o aislado (a) de las demás personas?

Siempre Casi siempre A veces Casi nunca Nunca

18 ¿Siente que podría perder el control sobre sí mismo (a)?

Siempre Casi siempre A veces Casi nunca Nunca

19 ¿Con qué frecuencia piensa en morir?

Siempre Casi siempre A veces Casi nunca Nunca

20 ¿Piensa que el mundo estaría mejor sin usted?

Siempre Casi siempre A veces Casi nunca Nunca

21 ¿Visita escasamente a sus parientes (as), amigos (as) o conocidos (as)?

Siempre Casi siempre A veces Casi nunca Nunca

22 ¿Siente que no cuenta con alguien para hablar de sus problemas?

Siempre Casi siempre A veces Casi nunca Nunca

23 ¿Siente que su trabajo/estudio es insatisfactorio y no lo hace feliz?

Siempre Casi siempre A veces Casi nunca Nunca

24 ¿Con que frecuencia se siente fracasado (a) o inútil?

Siempre Casi siempre A veces Casi nunca Nunca

25 ¿Considera que tiene pocas o ninguna razón para seguir viviendo?

Siempre Casi siempre A veces Casi nunca Nunca

26 ¿Se considera incapaz de encontrar soluciones a sus problemas?

Siempre Casi siempre A veces Casi nunca Nunca

27 ¿Se siente desadaptado(a) o inadecuado (a) en la sociedad?

Siempre Casi siempre A veces Casi nunca Nunca

28 ¿Siente que ha perdido el interés por actividades que antes le interesaban?

Siempre Casi siempre A veces Casi nunca Nunca

29 ¿Siente que ha perdido o ha disminuido el placer al realizar actividades que antes le parecían placenteras?

Siempre Casi siempre A veces Casi nunca Nunca

30 ¿Se siente usted nada valioso (a)?

Siempre Casi siempre A veces Casi nunca Nunca

31 ¿Considera que la vida no satisface sus necesidades ni cumple con sus expectativas?

Siempre Casi siempre A veces Casi nunca Nunca

32 ¿Ha imaginado o fantaseado con su propia muerte? (por ejemplo imaginar el método usado para causar la muerte, el lugar de la muerte, su funeral, su tumba, asistentes al funeral, etc).

Siempre Casi siempre A veces Casi nunca Nunca

33 ¿Con que frecuencia ha imaginado la manera de como quitarse la vida?

Siempre Casi siempre A veces Casi nunca Nunca

34 En el transcurso de los últimos seis meses ¿ha pensado en quitarse la vida?

Siempre Casi siempre A veces Casi nunca Nunca

Muchas gracias nuevamente por sus respuestas y cooperación.

Anexo 3



UNIVERSIDAD DEL BÍO-BÍO

Universidad del Bío Bío
Facultad de Educación y Humanidades
Departamento de Ciencias Sociales
Escuela de Psicología



CONSENTIMIENTO DE PARTICIPACIÓN EN INVESTIGACIÓN DE TESIS

Construcción de Cuestionario de Riesgo Suicida para población adulto joven de la ciudad de Chillán.

1. Información sobre la investigación de tesis.

Usted ha sido invitado/a a participar de una investigación que busca crear y validar un cuestionario que mida el riesgo suicida en población adulto joven de la ciudad de Chillán.

Antes de tomar la decisión de participar en la investigación, lea cuidadosamente este formulario de consentimiento y discuta cualquier inquietud o duda que usted tenga con los investigadores.

Una vez que haya comprendido el estudio y si usted desea participar, entonces se le pedirá que firme esta forma de consentimiento.

El cuestionario está compuesto por 73 preguntas y responderlas tomará alrededor de 15 minutos. El objetivo de éste es medir el riesgo suicida en población adulto joven de la ciudad de Chillán.

Su participación es voluntaria y anónima y puede retirarse en el momento que usted desee sin perjuicio alguno para usted.

Acepto participar voluntariamente en esta investigación, conducida por Rodrigo Navarrete Riquelme y Elizabeth Soto Cádiz.

He sido informado (a) de que la meta de este estudio es determinar el riesgo suicida en población adulto joven de la ciudad Chillán a través de la aplicación de un cuestionario.

Me han indicado también que tendré que responder las preguntas de un cuestionario, lo cual tomará aproximadamente 15 minutos.

Reconozco que la información que yo provea en el curso de esta investigación es estrictamente confidencial y no será usada para ningún otro propósito fuera de los de este estudio sin mi consentimiento. He sido informado de que puedo hacer preguntas sobre el proyecto en cualquier momento y que puedo retirarme del mismo cuando así lo decida, sin que esto acarree perjuicio alguno para mi persona. De tener preguntas sobre mi participación en este estudio, puedo contactar a:

Rodrigo Navarrete Riquelme. Fono: 76209258. Correo electrónico: redrum_1408@hotmail.com

Elizabeth Soto Cádiz. Fono: 95032767. Correo electrónico: elizabethscadiz@hotmail.com

Entiendo que puedo pedir información sobre los resultados de este estudio cuando éste haya concluido.

Nombre del Participante: _____

Firma del Participante: _____ **Fecha:** _____

ANEXO 4. Análisis descriptivo de preguntas dicotómicas.

¿Vive usted solo(a) la mayor parte del año? (por motivos laborales, académicos u otro similar)

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	No	114	82,6	82,6	82,6
	Si	24	17,4	17,4	100,0
	Total	138	100,0	100,0	

Usted ¿se encuentra sin pareja sentimental en la actualidad?

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	No	79	57,2	57,2	57,2
	Si	59	42,8	42,8	100,0
	Total	138	100,0	100,0	

En la actualidad usted ¿se encuentra desempleado (a)?

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	No	67	48,6	48,6	48,6
	Si	71	51,4	51,4	100,0
	Total	138	100,0	100,0	

En su familia (padre, madre, hermanos/as) ¿alguien ha intentado quitarse la vida?

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	No	108	78,3	78,3	78,3
	Si	30	21,7	21,7	100,0
	Total	138	100,0	100,0	

Algún (a) familiar cercano (a) suyo ¿se ha quitado la vida?

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	No	121	87,7	87,7	87,7
	Si	17	12,3	12,3	100,0
	Total	138	100,0	100,0	

¿Ha tenido un cambio de peso durante el último año que le haga sentirse disconforme con su imagen corporal?

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	No	82	59,4	59,4	59,4
	Si	56	40,6	40,6	100,0
	Total	138	100,0	100,0	

¿Ha fallecido alguien importante para usted en el transcurso de los últimos seis meses?

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	No	112	81,2	81,2	81,2
	Si	26	18,8	18,8	100,0
	Total	138	100,0	100,0	

¿Se ha divorciado o separado de su pareja en el transcurso de los últimos seis meses?

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	No	115	83,3	83,3	83,3
	Si	23	16,7	16,7	100,0
	Total	138	100,0	100,0	

Usted ¿está en riesgo de ser encarcelado (a)?

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	138	100,0	100,0	100,0

¿Ha fallecido su pareja en el transcurso de los últimos seis meses?

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	138	100,0	100,0	100,0

¿Ha sido usted diagnosticado (a) de algún tipo de cáncer?

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	136	98,6	98,6	98,6
Si	2	1,4	1,4	100,0
Total	138	100,0	100,0	

¿Considera que no cuenta con alguien o algo importante por quien seguir viviendo?

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	127	92,0	92,0	92,0
Si	11	8,0	8,0	100,0
Total	138	100,0	100,0	

¿Le importa poco su propia muerte?

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	104	75,4	75,4	75,4
Si	34	24,6	24,6	100,0
Total	138	100,0	100,0	

Considera qué ¿realmente cuenta con la oportunidad de quitarse la vida?

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	No	111	80,4	80,4	80,4
	Si	27	19,6	19,6	100,0
	Total	138	100,0	100,0	

¿Ha sufrido un accidente que haya dejado secuelas físicas visibles (por ejemplo desfiguración, quemaduras o cicatrices) que le haga sentirse disconforme con su imagen corporal?

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	No	121	87,7	87,7	87,7
	Si	17	12,3	12,3	100,0
	Total	138	100,0	100,0	

¿Considera el suicidio como una opción para terminar los problemas?

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	No	117	84,8	84,8	84,8
	Si	21	15,2	15,2	100,0
	Total	138	100,0	100,0	

¿Ha ideado un plan de suicidio?

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	No	115	83,3	83,3	83,3
	Si	23	16,7	16,7	100,0
	Total	138	100,0	100,0	

¿Considera valiente a una persona que se haya quitado la vida o haya atentado contra ella?

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	No	103	74,6	74,6	74,6
	Si	35	25,4	25,4	100,0
	Total	138	100,0	100,0	

¿Tiene creencias religiosas, ideológicas o políticas que le alienten a atentar contra su vida?

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	No	132	95,7	95,7	95,7
	Si	6	4,3	4,3	100,0
	Total	138	100,0	100,0	

¿Ha sufrido de amputación de alguna parte importante de su cuerpo?

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	No	136	98,6	98,6	98,6
	Si	2	1,4	1,4	100,0
	Total	138	100,0	100,0	

¿Le ha contado a alguna persona su deseo de morir?

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	No	118	85,5	85,5	85,5
	Si	20	14,5	14,5	100,0
	Total	138	100,0	100,0	

¿ Ha sufrido de alguna pérdida sensorial severa? (por ejemplo ceguera, sordera, discapacidad física en algún grado)

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	No	133	96,4	96,4	96,4
	Si	5	3,6	3,6	100,0
	Total	138	100,0	100,0	

¿Se siente atraído (a) física, emocional y sexualmente por personas de su mismo sexo?

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	No	124	89,9	89,9	89,9
	Si	14	10,1	10,1	100,0
	Total	138	100,0	100,0	

¿Ha intentado quitarse la vida en alguna oportunidad?

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	No	122	88,4	88,4	88,4
	Si	16	11,6	11,6	100,0
	Total	138	100,0	100,0	

¿Ha intentado quitarse la vida en dos o más ocasiones?

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	No	132	95,7	95,7	95,7
	Si	6	4,3	4,3	100,0
	Total	138	100,0	100,0	

¿Ha sido usted diagnosticado (a) de SIDA?

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	No	137	99,3	99,3	99,3
	Si	1	,7	,7	100,0
	Total	138	100,0	100,0	

¿Ha sido víctima de abuso sexual o violación?

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	No	126	91,3	91,3	91,3
	Si	12	8,7	8,7	100,0
	Total	138	100,0	100,0	

ANEXO 5. Comunalidades Componente Estresores Ambientales y Varianza Total Explicada.

Comunalidades Componente Estresores Ambientales

	Inicial	Extracción
¿Se siente disconforme con su situación económica?	1,000	,655
¿Visita escasamente a sus parientes (as), amigos (as) o conocidos (as)?	1,000	,741
¿Siente que no cuenta con alguien para hablar de sus problemas?	1,000	,522
¿Siente que su trabajo/estudio es insatisfactorio y no lo hace feliz?	1,000	,559
¿Ha sufrido o sufre actualmente de violencia o humillaciones escolares o laborales?	1,000	,417

Varianza total explicada

Componente	Autovalores iniciales			Sumas de las saturaciones al cuadrado de la extracción		
	Total	% de la varianza	% acumulado	Total	% de la varianza	% acumulado
1	1,665	33,306	33,306	1,665	33,306	33,306
2	1,230	24,592	57,897	1,230	24,592	57,897
3	,829	16,588	74,485			
4	,679	13,579	88,064			
5	,597	11,936	100,000			

ANEXO 6. Comunalidades Componente Enfermedades psiquiátricas, Síntomas Psicológicos y Rasgos de Personalidad y Varianza total explicada.

Comunalidades Componente Enfermedades psiquiátricas, Síntomas Psicológicos y Rasgos de Personalidad.

	Inicial	Extracción
¿Come en exceso durante períodos cortos de tiempo (atracones de comida)?	1,000	,394
¿Con que frecuencia usted se siente estresado (a)?	1,000	,550
¿Con que frecuencia consume alcohol sin moderación (hasta quedar en estado de ebriedad) más de cuatro veces a la semana?	1,000	,567
¿Consume drogas como marihuana, pasta base, cocaína u otros similares?	1,000	,544
¿Tiene dificultades para conciliar o mantener el sueño?	1,000	,348
Al despertar ¿siente que su sueño no ha sido reparador?	1,000	,371
¿Se siente ansioso(a) sin justificación?	1,000	,369
¿Presenta usted conductas impulsivas?	1,000	,423
¿Siente que podría perder el control sobre sí mismo (a)?	1,000	,409

Varianza total explicada

Componente	Autovalores iniciales			Sumas de las saturaciones al cuadrado de la extracción		
	Total	% de la varianza	% acumulado	Total	% de la varianza	% acumulado
1	2,686	29,849	29,849	2,686	29,849	29,849
2	1,289	14,324	44,173	1,289	14,324	44,173
3	,971	10,783	54,956			
4	,868	9,646	64,602			
5	,772	8,575	73,177			
6	,686	7,621	80,798			
7	,654	7,266	88,064			
8	,612	6,802	94,866			
9	,462	5,134	100,000			

ANEXO 7. Comunalidades Intrapsíquicos, Varianza total explicada y Matriz de componentes.

Comunalidades Intrapsíquicos

	Inicial	Extracción
¿Experimenta sentimientos de culpa aun cuando no haya tenido participación en la situación o evento?	1,000	,473
¿Siente que sirve para nada?	1,000	,708
¿Se siente rechazado (a) socialmente?	1,000	,655
¿Siente que no es un aporte para la sociedad?	1,000	,714
¿Tiene usted una visión negativa del futuro?	1,000	,654
¿Tiene usted una opinión negativa de sí mismo (a)?	1,000	,734
¿Se siente triste como consecuencia de algún evento reciente?	1,000	,596
¿Se siente desinteresado (a) por las actividades o personas de su alrededor?	1,000	,506
¿Se siente solo (a) o aislado (a) de las demás personas?	1,000	,616
¿Piensa que el mundo estaría mejor sin usted?	1,000	,694
¿Sus pensamientos giran principalmente en torno a sus problemas?	1,000	,556
¿Se siente disconforme con su vida sexual?	1,000	,390
¿Con que frecuencia se siente fracasado (a) o inútil?	1,000	,682
¿Considera que tiene pocas o ninguna razón para seguir viviendo?	1,000	,600
¿Teme algún tipo de castigo divino si atenta contra su vida?	1,000	,711
¿Considera que la vida es mala e injusta?	1,000	,470
¿Su sentimiento de tristeza es estable en el tiempo?	1,000	,612
¿Se considera incapaz de encontrar soluciones a sus problemas?	1,000	,489
¿Se siente desadaptado(a) o inadecuado (a) en la sociedad?	1,000	,619

¿Siente que ha perdido el interés por actividades que antes le interesaban?	1,000	,795
¿Siente que ha perdido o ha disminuido el placer al realizar actividades que antes le parecían placenteras?	1,000	,822
¿Se siente usted nada valioso (a)?	1,000	,739
¿Se frustra con facilidad?	1,000	,652
Frente a situaciones de fracaso ¿abandona la tarea al primer intento?	1,000	,745
¿Considera que la vida no satisface sus necesidades ni cumple con sus expectativas?	1,000	,633
¿Realiza sus actividades cotidianas con desagrado?	1,000	,509

Varianza total explicada

Componente	Autovalores iniciales			Sumas de las saturaciones al cuadrado de la extracción		
	Total	% de la varianza	% acumulado	Total	% de la varianza	% acumulado
1	10,893	41,898	41,898	10,893	41,898	41,898
2	1,588	6,106	48,004	1,588	6,106	48,004
3	1,443	5,551	53,555	1,443	5,551	53,555
4	1,308	5,030	58,585	1,308	5,030	58,585
5	1,144	4,399	62,984	1,144	4,399	62,984
6	,993	3,821	66,805			
7	,945	3,635	70,440			
8	,732	2,815	73,255			
9	,663	2,551	75,806			
10	,643	2,475	78,281			
11	,616	2,371	80,652			
12	,578	2,222	82,873			
13	,558	2,145	85,019			
14	,461	1,774	86,793			
15	,457	1,759	88,552			
16	,445	1,710	90,262			
17	,400	1,539	91,802			
18	,371	1,427	93,228			
19	,337	1,295	94,524			

20	,270	1,038	95,562		
21	,263	1,013	96,575		
22	,251	,966	97,541		
23	,206	,794	98,334		
24	,174	,671	99,005		
25	,144	,553	99,558		
26	,115	,442	100,000		

Comunalidades Intrapsíquicos luego de la extracción de preguntas.

	Inicial	Extracción
¿Siente que sirve para nada?	1,000	,665
¿Se siente rechazado (a) socialmente?	1,000	,529
¿Siente que no es un aporte para la sociedad?	1,000	,553
¿Tiene usted una visión negativa del futuro?	1,000	,656
¿Tiene usted una opinión negativa de sí mismo (a)?	1,000	,696
¿Se siente solo (a) o aislado (a) de las demás personas?	1,000	,595
¿Piensa que el mundo estaría mejor sin usted?	1,000	,568
¿Con que frecuencia se siente fracasado (a) o inútil?	1,000	,658
¿Se siente desadaptado(a) o inadecuado (a) en la sociedad?	1,000	,522
¿Siente que ha perdido el interés por actividades que antes le interesaban?	1,000	,806
¿Siente que ha perdido o ha disminuido el placer al realizar actividades que antes le parecían placenteras?	1,000	,829
¿Se siente usted nada valioso (a)?	1,000	,708
¿Considera que la vida no satisface sus necesidades ni cumple con sus expectativas?	1,000	,541
¿Se siente desinteresado (a) por las actividades o personas de su alrededor?	1,000	,442
¿Considera que tiene pocas o ninguna razón para seguir viviendo?	1,000	,398

Varianza total explicada

Componente	Autovalores iniciales			Sumas de las saturaciones al cuadrado de la extracción		
	Total	% de la varianza	% acumulado	Total	% de la varianza	% acumulado
1	7,836	52,239	52,239	7,836	52,239	52,239
2	1,331	8,870	61,110	1,331	8,870	61,110
3	,961	6,406	67,516			
4	,791	5,277	72,792			
5	,729	4,862	77,655			
6	,556	3,705	81,360			
7	,519	3,462	84,822			
8	,432	2,881	87,703			
9	,370	2,469	90,172			
10	,363	2,420	92,592			
11	,323	2,153	94,744			
12	,254	1,693	96,438			
13	,206	1,372	97,810			
14	,174	1,161	98,971			
15	,154	1,029	100,000			

ANEXO 8. Comunalidades Componente Conductas suicidas previas, oportunidad y factibilidad y Varianza total explicada.

Comunalidades Componente Conductas suicidas previas, oportunidad y factibilidad.

	Inicial	Extracción
¿Con qué frecuencia piensa en morir?	1,000	,612
¿Ha evitado las medidas necesarias para mantener su vida? (por ejemplo no tomar medicamentos contra alguna enfermedad o consumir alimentos sabiendo que éstos le hacen daño)	1,000	,128
¿Ha imaginado o fantaseado con su propia muerte? (por ejemplo imaginar el método usado para causar la muerte, el lugar de la muerte, su funeral, su tumba, asistentes al funeral, etc)	1,000	,754

¿Con que frecuencia ha imaginado la manera de como quitarse la vida?	1,000	,803
En el transcurso de los últimos seis meses ¿ha pensado en quitarse la vida?	1,000	,655
¿Tiene fácil acceso a armas, objetos o sustancias con los que eventualmente pudiese atentar contra su vida?	1,000	,124

Varianza total explicada

Componente	Autovalores iniciales			Sumas de las saturaciones al cuadrado de la extracción		
	Total	% de la varianza	% acumulado	Total	% de la varianza	% acumulado
1	3,076	51,269	51,269	3,076	51,269	51,269
2	,938	15,641	66,910			
3	,896	14,932	81,841			
4	,509	8,478	90,319			
5	,348	5,801	96,120			
6	,233	3,880	100,000			

ANEXO 9. Comunalidades Componente Conductas suicidas previas, oportunidad y factibilidad y Varianza total explicada, luego de la extracción de preguntas.

Comunalidades

	Inicial	Extracción
¿Con qué frecuencia piensa en morir?	1,000	,637
¿Ha imaginado o fantaseado con su propia muerte? (por ejemplo imaginar el método usado para causar la muerte, el lugar de la muerte, su funeral, su tumba, asistentes al funeral, etc)	1,000	,759
¿Con que frecuencia ha imaginado la manera de como quitarse la vida?	1,000	,816
En el transcurso de los últimos seis meses ¿ha pensado en quitarse la vida?	1,000	,685

ANEXO 10. Análisis descriptivo de preguntas dicotómicas Prueba Final.

¿Vive usted solo(a) la mayor parte del año? (por motivos laborales, académicos u otro similar)

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	No	195	80,2	80,2	80,2
	Si	48	19,8	19,8	100,0
	Total	243	100,0	100,0	

Usted ¿se encuentra sin pareja sentimental en la actualidad?

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	No	142	58,4	58,4	58,4
	Si	101	41,6	41,6	100,0
	Total	243	100,0	100,0	

En la actualidad usted ¿se encuentra desempleado (a)?

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	No	104	42,8	42,8	42,8
	Si	139	57,2	57,2	100,0
	Total	243	100,0	100,0	

En su familia (padre, madre, hermanos/as) ¿alguien ha intentado quitarse la vida?

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	No	195	80,2	80,2	80,2
	Si	48	19,8	19,8	100,0
	Total	243	100,0	100,0	

Algún (a) familiar cercano (a) suyo ¿se ha quitado la vida?

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	No	209	86,0	86,0	86,0
	Si	34	14,0	14,0	100,0
	Total	243	100,0	100,0	

¿Ha tenido un cambio de peso durante el último año que le haga sentirse disconforme con su imagen corporal?

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	No	140	57,6	57,6	57,6
	Si	103	42,4	42,4	100,0
	Total	243	100,0	100,0	

¿Se ha divorciado o separado de su pareja en el transcurso de los últimos seis meses?

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	No	202	83,1	83,1	83,1
	Si	41	16,9	16,9	100,0
	Total	243	100,0	100,0	

Usted ¿está en riesgo de ser encarcelado (a)?

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	No	240	98,8	98,8	98,8
	Si	3	1,2	1,2	100,0
	Total	243	100,0	100,0	

¿Ha fallecido su pareja en el transcurso de los últimos seis meses?

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	No	243	100,0	100,0	100,0

¿Ha sido usted diagnosticado (a) de algún tipo de cáncer?

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	No	241	99,2	99,2	99,2
	Si	2	,8	,8	100,0
	Total	243	100,0	100,0	

¿Considera que no cuenta con alguien o algo importante por quien seguir viviendo?

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	No	227	93,4	93,4	93,4
	Si	16	6,6	6,6	100,0
	Total	243	100,0	100,0	

¿Le importa poco su propia muerte?

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	No	183	75,3	75,3	75,3
	Si	60	24,7	24,7	100,0
	Total	243	100,0	100,0	

Considera qué ¿realmente cuenta con la oportunidad de quitarse la vida?

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	No	202	83,1	83,1	83,1
	Si	41	16,9	16,9	100,0
	Total	243	100,0	100,0	

¿Ha sufrido un accidente que haya dejado secuelas físicas visibles (por ejemplo desfiguración, quemaduras o cicatrices) que le haga sentirse disconforme con su imagen corporal?

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	No	221	90,9	90,9	90,9
	Si	22	9,1	9,1	100,0
	Total	243	100,0	100,0	

¿Considera el suicidio como una opción para terminar los problemas?

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	No	212	87,2	87,2	87,2
	Si	31	12,8	12,8	100,0
	Total	243	100,0	100,0	

¿Ha ideado un plan de suicidio?

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	No	209	86,0	86,0	86,0
	Si	34	14,0	14,0	100,0
	Total	243	100,0	100,0	

¿Considera valiente a una persona que se haya quitado la vida o haya atentado contra ella?

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	No	182	74,9	74,9	74,9
	Si	61	25,1	25,1	100,0
	Total	243	100,0	100,0	

¿Tiene creencias religiosas, ideológicas o políticas que le alienten a atentar contra su vida?

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	No	236	97,1	97,1	97,1
	Si	7	2,9	2,9	100,0
	Total	243	100,0	100,0	

¿Ha sufrido de amputación de alguna parte importante de su cuerpo?

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	No	240	98,8	98,8	98,8
	Si	3	1,2	1,2	100,0
	Total	243	100,0	100,0	

¿Le ha contado a alguna persona su deseo de morir?

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	No	212	87,2	87,2	87,2
	Si	31	12,8	12,8	100,0
	Total	243	100,0	100,0	

¿ Ha sufrido de alguna pérdida sensorial severa? (por ejemplo ceguera, sordera, discapacidad física en algún grado)

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	No	233	95,9	95,9	95,9
	Si	10	4,1	4,1	100,0
	Total	243	100,0	100,0	

¿Se siente atraído (a) física, emocional y sexualmente por personas de su mismo sexo?

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	No	218	89,7	89,7	89,7
	Si	25	10,3	10,3	100,0
	Total	243	100,0	100,0	

¿Ha intentado quitarse la vida en alguna oportunidad?

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	No	221	90,9	90,9	90,9
	Si	22	9,1	9,1	100,0
	Total	243	100,0	100,0	

¿Ha intentado quitarse la vida en dos o más ocasiones?

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	No	234	96,3	96,3	96,3
	Si	9	3,7	3,7	100,0
	Total	243	100,0	100,0	

¿Ha sido usted diagnosticado (a) de SIDA?

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	No	242	99,6	99,6	99,6
	Si	1	,4	,4	100,0
	Total	243	100,0	100,0	

¿Ha sido víctima de abuso sexual o violación?

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	No	223	91,8	91,8	91,8
	Si	20	8,2	8,2	100,0
	Total	243	100,0	100,0	

ANEXO 11. Comunalidades Componente Estresores Ambientales y Varianza total explicada Prueba Final.

Comunalidades Estresores Ambientales

	Inicial	Extracción
¿Se siente disconforme con su situación económica?	1,000	,621
¿Visita escasamente a sus parientes (as), amigos (as) o conocidos (as)?	1,000	,765
¿Siente que no cuenta con alguien para hablar de sus problemas?	1,000	,491
¿Siente que su trabajo/estudio es insatisfactorio y no lo hace feliz?	1,000	,548
¿Ha sufrido o sufre actualmente de violencia o humillaciones escolares o laborales?	1,000	,407

Varianza total explicada

Componente	Autovalores iniciales			Sumas de las saturaciones al cuadrado de la extracción		
	Total	% de la varianza	% acumulado	Total	% de la varianza	% acumulado
1	1,750	34,994	34,994	1,750	34,994	34,994
2	1,083	21,663	56,656	1,083	21,663	56,656
3	,908	18,168	74,824			
4	,648	12,967	87,792			
5	,610	12,208	100,000			

ANEXO 12. Comunalidades Intrapsíquicos, Prueba Final.

Comunalidades Intrapsíquicos

	Inicial	Extracción
¿Siente que sirve para nada?	1,000	,664
¿Se siente rechazado (a) socialmente?	1,000	,535
¿Siente que no es un aporte para la sociedad?	1,000	,515
¿Tiene usted una visión negativa del futuro?	1,000	,596
¿Tiene usted una opinión negativa de sí mismo (a)?	1,000	,675
¿Se siente desinteresado (a) por las actividades o personas de su alrededor?	1,000	,623
¿Se siente solo (a) o aislado (a) de las demás personas?	1,000	,619
¿Piensa que el mundo estaría mejor sin usted?	1,000	,579
¿Con que frecuencia se siente fracasado (a) o inútil?	1,000	,651
¿Considera que tiene pocas o ninguna razón para seguir viviendo?	1,000	,482
¿Se siente desadaptado(a) o inadecuado (a) en la sociedad?	1,000	,520
¿Siente que ha perdido el interés por actividades que antes le interesaban?	1,000	,745
¿Siente que ha perdido o ha disminuido el placer al realizar actividades que antes le parecían placenteras?	1,000	,753
¿Se siente usted nada valioso (a)?	1,000	,632
¿Considera que la vida no satisface sus necesidades ni cumple con sus expectativas?	1,000	,584

Varianza total explicada

Componente	Autovalores iniciales			Sumas de las saturaciones al cuadrado de la extracción		
	Total	% de la varianza	% acumulado	Total	% de la varianza	% acumulado
1	7,789	51,929	51,929	7,789	51,929	51,929
2	1,382	9,216	61,145	1,382	9,216	61,145
3	,937	6,246	67,391			
4	,678	4,520	71,911			
5	,656	4,370	76,281			
6	,503	3,353	79,634			
7	,502	3,348	82,982			
8	,450	3,001	85,983			
9	,398	2,655	88,638			
10	,356	2,374	91,012			
11	,347	2,311	93,323			
12	,310	2,068	95,391			
13	,257	1,714	97,105			
14	,245	1,634	98,739			
15	,189	1,261	100,000			

ANEXO 13. Comunalidades Conductas suicidas previas, oportunidad y factibilidad. Prueba Final.

Comunalidades Conductas suicidas previas, oportunidad y factibilidad.

	Inicial	Extracción
¿Con qué frecuencia piensa en morir?	1,000	,657
¿Ha imaginado o fantaseado con su propia muerte? (por ejemplo imaginar el método usado para causar la muerte, el lugar de la muerte, su funeral, su tumba, asistentes al funeral, etc)	1,000	,716
¿Con que frecuencia ha imaginado la manera de como quitarse la vida?	1,000	,822
En el transcurso de los últimos seis meses ¿ha pensado en quitarse la vida?	1,000	,648

Varianza total explicada

Componente	Autovalores iniciales			Sumas de las saturaciones al cuadrado de la extracción		
	Total	% de la varianza	% acumulado	Total	% de la varianza	% acumulado
1	2,843	71,068	71,068	2,843	71,068	71,068
2	,495	12,368	83,436			
3	,425	10,619	94,055			
4	,238	5,945	100,000			