

**Construcción y evidencias de validez del instrumento IDES
para la evaluación de la ideación suicida**

Daniela Aragonez Méndez

Karen Yurani Fierro García

Jeralthin Lizeth León Rudas

Universidad de Cundinamarca

Facultad De Ciencias Sociales, Humanidades y Ciencias Políticas

Programa de Psicología

Facatativá, Cundinamarca

2021

**Construcción y evidencias de validez del instrumento IDES
para la evaluación de la ideación suicida**

Daniela Aragonez Méndez

Karen Yurani Fierro García

Jeralthin Lizeth León Rudas

Monografía para optar al título de Psicólogas

Ricardo Andrés Narváez Rodríguez

Director de monografía

Universidad de Cundinamarca

Facultad De Ciencias Sociales, Humanidades y Ciencias Políticas

Programa de Psicología

Facatativá, Cundinamarca

2021

Tabla de contenido

Agradecimientos y Dedicatoria.....	10
Resumen.....	11
Introducción.....	13
Planteamiento del Problema	15
Pregunta Problema	17
Objetivo General.....	17
Objetivos Específicos	17
Justificación	18
Marco Epistemológico y Paradigmático.....	23
Marco Teórico.....	25
Contexto Histórico de la Medición Psicológica	25
Construcción de Instrumentos Psicométricos	26
Especificaciones Iniciales	26
Operacionalización del Constructo y Estructura de Prueba.....	27
Prueba Piloto: Procedimientos para Recopilar Datos	28
Modelos Psicométricos: Métodos para el Análisis de los Ítems y del Test.....	29
Teoría Clásica de los Tests (TCT): Conceptos y Supuestos Básicos.....	29
Teoría de Respuesta al Ítem (TRI): Conceptos y Supuestos Básicos	32
Evidencias de Validez.....	34
Conceptualización del Comportamiento Suicida	37
Factores Sociodemográficos	43
Factores Individuales	43
Factores sociales	44
Factores familiares	44
Evaluación y Medición de la Ideación Suicida	45
Modelos Explicativos de la Ideación Suicida.....	45
Modelo Arquitectónico de Mack.	52

Marco Empírico	54
Impacto de la Escala de Autolesiones no Suicidas: Validación Psicométrica Inicial	54
Análisis Factorial de la Escala de Intención de Suicidio (SIS) y la Escala de Calificación de Riesgos y Rescates (RRRS): Hacia la Identificación de Subgrupos Homogéneos de Conductas Suicidas	55
Variables Psicológicas Asociadas a la Ideación Suicida en Estudiantes.....	56
Evaluación de la Capacidad Adquirida para el Suicidio en la Práctica Clínica, Psicológica y Médica.....	56
Validez y Fiabilidad del Inventario de Ideación Suicida Positiva y Negativa – PANSI, en Estudiantes Colombianos.....	57
Gravedad de la Intención, el Método y el Comportamiento Suicida Antecedente de un Acto de Autolesión: un Estudio Transversal de los Supervivientes de Autolesiones Remitidos a un Hospital Terciario de Mysore, en el Sur de la India	58
Funciones Interpersonales e Intrapersonales del Auto Arma Deliberado (DSH): Un Examen Psicométrico del Inventario de Declaraciones Sobre la Escala de Autolesión (ISAS)	60
Marco Metodológico.....	62
Diseño	62
Fases Metodológicas	62
Participantes	62
Procedimiento.....	63
Resultados	69
Fase I. Planeación de la Prueba	69
Definición Operacional del Constructo	69
Red Nomológica	69
Estructura de la Prueba	69
Construcción y Evaluación de los Ítems.....	71
Juicio de Expertos	72

Fase II: Propiedades Psicométricas de la Prueba Aplicada en la Fase Piloto	75
Análisis Factorial Exploratorio	75
Análisis de las Matrices Factoriales.....	76
Fase III: Evidencias de Validez del Instrumento.....	87
Análisis de Indicadores Psicométricos en la TRI	92
Curva Característica de los Ítems (CCI)	94
Mapa de Ítems.....	99
Discusión.....	102
Conclusiones.....	104
Referencias.....	107
Anexos	117
Apéndice A. Formato de consentimiento informado.	117
Apéndice B. Ejemplo de formato de juicio de expertos pilotaje.....	119
Apéndice C. Cuadernillo de aplicación de prueba IDES para fase de pilotaje	139
Apéndice D. Ejemplo de Protocolo de Ruta de Atención al suicidio.....	145
Apéndice E. Ejemplo de formato de juicio de expertos validación	146
Apéndice F. ejemplo directorio de institucional para la ruta de atención	155
Apéndice G. diagramación del instrumento para la validación.....	168

Lista de tablas

Tabla 1. <i>Países con mayores casos de suicidio</i>	18
Tabla 2. <i>Clasificación de la conducta suicida según Silverman, et al., (2007)</i>	39
Tabla 3. <i>Escalas de Evaluación del Comportamiento Suicida</i>	46
Tabla 4. <i>Estructura de la prueba</i>	71
Tabla 5. <i>Ejemplificación de redacción de ítems inversos y directos del instrumento IDES</i>	72
Tabla 6. <i>Taxonomía de la estructura final de la prueba para la fase de pilotaje</i>	74
Tabla 7. <i>Índice de viabilidad del análisis factorial con 60 ítems</i>	75
Tabla 8. <i>Total de varianza explicada con método de extracción por factorización de ejes principales (FEP), sin rotar y con rotación (ortogonal)</i>	75
Tabla 9. <i>Análisis de las matrices factoriales con método de extracción por factorización de ejes principales (FEP), sin rotar y con rotación (ortogonal)</i>	78
Tabla 10. <i>Número de ítems por cada dimensión, reportando a su vez su confiabilidad</i>	79
Tabla 11. <i>Ítems de autoestima contemplando la discriminación y dificultad</i>	81
Tabla 12. <i>Ítems de relaciones interpersonales contemplando la discriminación y dificultad</i>	83
Tabla 13. <i>Ítems de experiencias vividas contemplando la discriminación y dificultad</i>	85
Tabla 14. <i>Ítems de contexto sociopolítico contemplando la discriminación y dificultad</i>	86
Tabla 15. <i>Ítems de componente biológico contemplando la discriminación y dificultad</i>	87
Tabla 16. <i>Índice de viabilidad del análisis factorial con 39 ítems</i>	88
Tabla 17. <i>Matriz factorial a partir del método de factorización por ejes principales; versión final del instrumento</i>	91
Tabla 18. <i>Indicadores psicométricos de la TCT y la TRI</i>	93

Lista de gráficos

Gráfico 1. <i>Tasa de muerte por suicidios (2017): El número anual de muertes por suicidio por cada 100.000 personas</i>	19
Gráfico 2. <i>Departamentos con la mayor cantidad de casos de suicidio.....</i>	20
Gráfico 3. <i>Representación esquemática de conductas relacionadas con el suicidio.....</i>	40
Gráfico 4. <i>Dimensiones contempladas en el modelo arquitectónico de Mack.....</i>	52
Gráfico 5. <i>Red nomológica del instrumento de ideación suicida IDES.....</i>	70
Gráfico 6. <i>Ejemplos de ítems contemplados en el instrumento IDES.....</i>	71
Gráfico 7. <i>Ejemplo de algunos ítems contemplados en la versión final de la prueba para la fase de pilotaje.....</i>	73
Gráfico 8. <i>Contraste de la dificultad y discriminación de los ítems de la escala IDES</i>	80
Gráfico 9. <i>Curva característica de los ítems</i>	96
Gráfico 10. <i>Curva característica de los ítems</i>	97
Gráfico 11. <i>Curva característica de los ítems.....</i>	98
Gráfico 12. <i>Mapa de ítems con muestra de validación</i>	101

Agradecimientos y Dedicatoria

Queremos empezar nombrando a nuestros padres quienes, con su amor, apoyo y esfuerzo incondicional, nos brindaron la oportunidad de desarrollarnos profesionalmente y a través de sus enseñanzas nos aportaron las habilidades necesarias para culminar este proyecto de grado. ¡Les amamos!

A familiares, amigos y parejas quienes, al estar durante todo el proceso, dando su voz de aliento en los buenos y malos momentos, brindaron fuerzas y apoyo para continuar, fueron fundamentales para alcanzar satisfactoriamente este logro. Gracias a ellos y a todas las personas que de diversas formas contribuyeron conocimientos profesionales y personales que ayudaron al desarrollo de este proyecto.

Finalmente, al profesor Ricardo Andrés Narváez Rodríguez por su acompañamiento en todas las fases del proceso de la investigación, por motivarnos a ir más allá de lo convencional, por la dedicación y el empeño que nos brindó, demostrando ser un profesional excelente que supera sus límites e imparte esa orientación al logro.

Lizeth León, Karen Fierro y Daniela Aragonéz

Resumen

Este estudio propone el análisis psicométrico y evidencias de validez desde la TCT y la TRI para la escala IDES, la cual fue construida con el fin de identificar tendencias suicidas a partir del modelo multidimensional de Mack (1986). Se implementó un diseño instrumental con un paradigma empírico-analítico basado en métodos cuantitativos. La escala IDES cuenta con 28 ítems de respuesta dicótoma en la que previamente se realizó un proceso de pilotaje con 300 participantes y se confirmó unidimensionalidad a través de un análisis factorial exploratorio. Para la fase de validación se aplicó a 1074 participantes de diferentes universidades del departamento de Cundinamarca (Colombia) a través de un muestreo por conveniencia. Se realizó un análisis de los ítems con el modelo de Rasch a través del software winsteps versión 3.73, en el cual se exploró el mapa de ítems, se revisó el ajuste cercano y lejano a través del método de cuadrados medios, y se revisaron las curvas características de los ítems (CCI).

A pesar de que el modelo de Mack propone múltiples dimensiones, se encontró empíricamente unidimensionalidad en el instrumento a partir de un análisis factorial, por lo cual no se violaron los supuestos del análisis de Rasch. Estos hallazgos podrían generar una apertura a la discusión de nuevas perspectivas teóricas sobre este constructo y su manifestación en la población colombiana. El instrumento construido cuenta con propiedades psicométricas sobresalientes y se espera que funcione como una herramienta útil e innovadora para la investigación en el campo clínico y social.

Palabras clave: Ideación suicida, suicidio, autolesión, escala, comportamiento suicida, evidencias de validez.

Abstract

This study proposes the psychometric analysis and validity evidence from TCT and IRT for the IDES scale, which was constructed to identify suicidal tendencies based on Mack's (1986)

multidimensional model. An instrumental design with an empirical-analytic paradigm based on quantitative methods was implemented. The IDES scale has 28 dichotomous response items in which a piloting process was previously carried out with 300 participants and unidimensionality was confirmed through an exploratory factor analysis. For the validation phase, it was applied to 1074 participants from different universities in the department of Cundinamarca (Colombia) through convenience sampling. An analysis of the items was carried out with the Rasch model through the winsteps software version 3.73, in which the item map was explored, the close and distant fit was reviewed through the method of mean squares, and the item characteristic curves (ICC) were reviewed.

Although Mack's model proposes multiple dimensions, unidimensionality was empirically found in the instrument from a factor analysis, so the assumptions of the Rasch analysis were not violated. These findings could generate an opening for the discussion of new theoretical perspectives on this construct and its manifestation in the Colombian population. The constructed instrument has outstanding psychometric properties and is expected to function as a useful and innovative tool for research in the clinical and social field.

Key words: Suicidal Ideation, suicide, self- injury, scale, suicidal behavior, evidence of validity.

Introducción

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2014), el suicidio es un fenómeno que afecta de manera directa e indirecta a diferentes poblaciones y regiones del mundo. Antes de consumar el acto, los individuos presentan las primeras manifestaciones a través de pensamientos, entendidos como ideación suicida. Este es concebido como un constructo multidimensional en el que su causa es determinada por la interacción de diversos factores tales como: autoestima, relaciones interpersonales, experiencias vividas, contexto sociopolítico y componente biológico (Mack, 1986).

Algunos de los instrumentos utilizados para evaluar la ideación suicida en Colombia son versiones adaptadas de otros países, en los cuales probablemente el constructo se manifiesta de manera diferente, lo cual puede influir en el abordaje de esta problemática y de su formulación teórica (Rangel et al., 2015).

Se crea la escala IDES con el propósito de identificar la ideación suicida en un contexto colombiano, la cual se fundamenta en el modelo arquitectónico de Mack (1986), compuesto por las dimensiones de: autoestima, relaciones interpersonales, contexto sociopolítico, experiencias vividas y componente biológico. A continuación, se describirán las fases que componen este estudio: 1) Planeación de la prueba, 2) propiedades psicométricas del estudio piloto, 3) evidencias de validez de instrumento.

Finalmente, el instrumento fue aplicado a una muestra de 1.074 personas de Bogotá y Cundinamarca. Los ítems fueron evaluados a través del análisis de estadísticos psicométricos mediante la Teoría Clásica de los Test (TCT) y la Teoría de la respuesta al Ítem (TRI), con el fin de brindar evidencias de validez que permita el uso de la escala IDES por parte de profesionales

de la salud mental para la identificación de los pensamientos y las conductas que reflejan ideación suicida.

Planteamiento del Problema

Existen varios instrumentos de evaluación psicológica con diferentes fines, estructuras y métodos que resultan ser de gran utilidad para la recolección de datos con el objetivo de proporcionar información acerca de las cualidades psicológicas de un individuo en particular (González, 2007). Para evaluar la ideación suicida existen diversas escalas como la *Escala de Intención Suicida (SIS)*, Beck et al. (1974) y el *Cuestionario de ideación (SIQ)*, Reynolds (1988); estas han sido desarrolladas en países europeos o norteamericanos, lo que genera una gran controversia y problemática orientada al ejercicio profesional de los psicólogos en Colombia, pues las diferentes escalas que se han construido para hacer la evaluación de este constructo no se encuentran ajustadas al contexto colombiano y, por ende, los profesionales en psicología pueden obtener estimaciones e interpretaciones inadecuadas al hacer uso de dichas escalas (Rangel et al., 2015).

A su vez, estas escalas suelen estar enfocadas a poblaciones específicas (por ejemplo, personas privadas de la libertad, con trastornos psicológicos, entre otras) o que ya se encuentran en procesos de intervención o en una situación crítica con respecto a su salud mental. Por otra parte, la mayoría de los instrumentos consultados se orientan a la evaluación de las últimas fases de la ideación suicida donde priman conductas de autolesión y acto consumado y no permiten la profundización en pensamientos o ideaciones suicidas en su fase inicial.

Se han abordado y replanteado diversos aspectos en cuanto al uso de instrumentos adaptados a contextos diferentes a su lugar de origen; de allí surge la necesidad de desarrollar pruebas ajustadas al contexto por parte de la comunidad científica. Sin embargo, existe una dificultad al utilizar adaptaciones eurocéntricas, ya que la diversidad poblacional, regional y las realidades propias de los colombianos son diversas y, teniendo en cuenta la multiplicidad de problemáticas

que interactúan constantemente con el individuo, estas aproximaciones extranjeras pueden presentar una visión distinta de los fenómenos psicológicos (Salavarieta y Delgado, 2016).

Aunque son varias las pruebas que se han adaptado y traducido a versiones españolas, muchas de estas no son conocidas en Latinoamérica y, por ende, en Colombia. Además, este problema radica en que la construcción de instrumentos o escalas calificadas con referencia a la norma y desarrolladas en el extranjero no se han adaptado transculturalmente y la empleabilidad de baremos con estándares ajustados a otros países resulte inapropiada para su uso en el país. Por consiguiente, la escala propuesta en la presente investigación permitiría el abordaje e identificación de la ideación suicida acorde a la población colombiana y, a partir de sus resultados, se podría facilitar estrategias que apoyen a los profesionales en psicología en la prevención, atención y evitación del acto consumado.

Este estudio se fundamenta bajo la línea de investigación de desarrollo humano del programa de psicología de la Universidad de Cundinamarca, la cual podría contribuir con evidencia empírica al desarrollo e implementación de políticas públicas e investigación y evaluación de posibles tratamientos para combatir el fenómeno e incidencia del suicidio desde varios ámbitos y contextos.

Pregunta Problema

¿La construcción del instrumento IDES brindara un sustento empírico y práctico para su uso a partir de los indicadores psicométricos en esta investigación?

Objetivo General

Construir un instrumento psicométrico que evalúe la ideación suicida, brindando evidencias de validez y estimaciones de confiabilidad de su funcionamiento en jóvenes adultos del departamento de Cundinamarca por medio de la Teoría Clásica de los Test y la Teoría de Respuesta al Ítem.

Objetivos Específicos

- Proponer una versión inicial del instrumento IDES que cuente con evidencias de validez del contenido de los ítems para su posterior aplicación en la fase de pilotaje.
- Identificar el funcionamiento psicométrico de los ítems y del instrumento IDES desde la Teoría Clásica de los Test para una siguiente fase de validación.
- Reportar evidencias de validez de la versión final del instrumento IDES que sustente su calidad técnica desde la Teoría Clásica de los Test y la Teoría de Respuesta al Ítem.

Justificación

Actualmente las cifras de suicidio han incrementado en una forma alarmante, convirtiéndose en un problema de salud pública a nivel mundial. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2012), se presentaron 804.000 muertes por suicidio en todo el mundo en el año 2012, siendo los países subdesarrollados con mayor vulnerabilidad, en donde se presenta el índice más alto de casos con un 79% del total global. El suicidio representa el 1,4% del total de defunciones, siendo la quinceava causa principal de muerte en el mundo y predomina en jóvenes de 15 a 29 años, siendo la segunda causa de muerte en esta población. En el gráfico 1 se ilustran las tasas de suicidio por cada 100.000 habitantes que, a nivel mundial, presentan mayores índices. Mientras que en América Latina el fenómeno del suicidio se comporta de manera diferente entre países con similitudes sociodemográficas, en América del Norte la tasa de suicidios no presenta variación en comparación con la tasa europea (de 15,4 por cada 100.000 habitantes). Según el Ministerio de Salud y Protección Social (MPS, 2017), la tasa de suicidios media en el continente americano es de 8,9 por cada 100.000 habitantes, que representa un total de casos aproximado de 88.000. La Tabla 1, ilustra los países de América con mayores casos de suicidio. En cuanto a las proporciones, Guyana es el país con la mayor tasa de suicidios a nivel mundial, seguido de países como Surinam, Uruguay, Estados Unidos, Cuba, Argentina, Chile y Trinidad y Tobago (Our Word In Data, 2017).

Tabla 1.

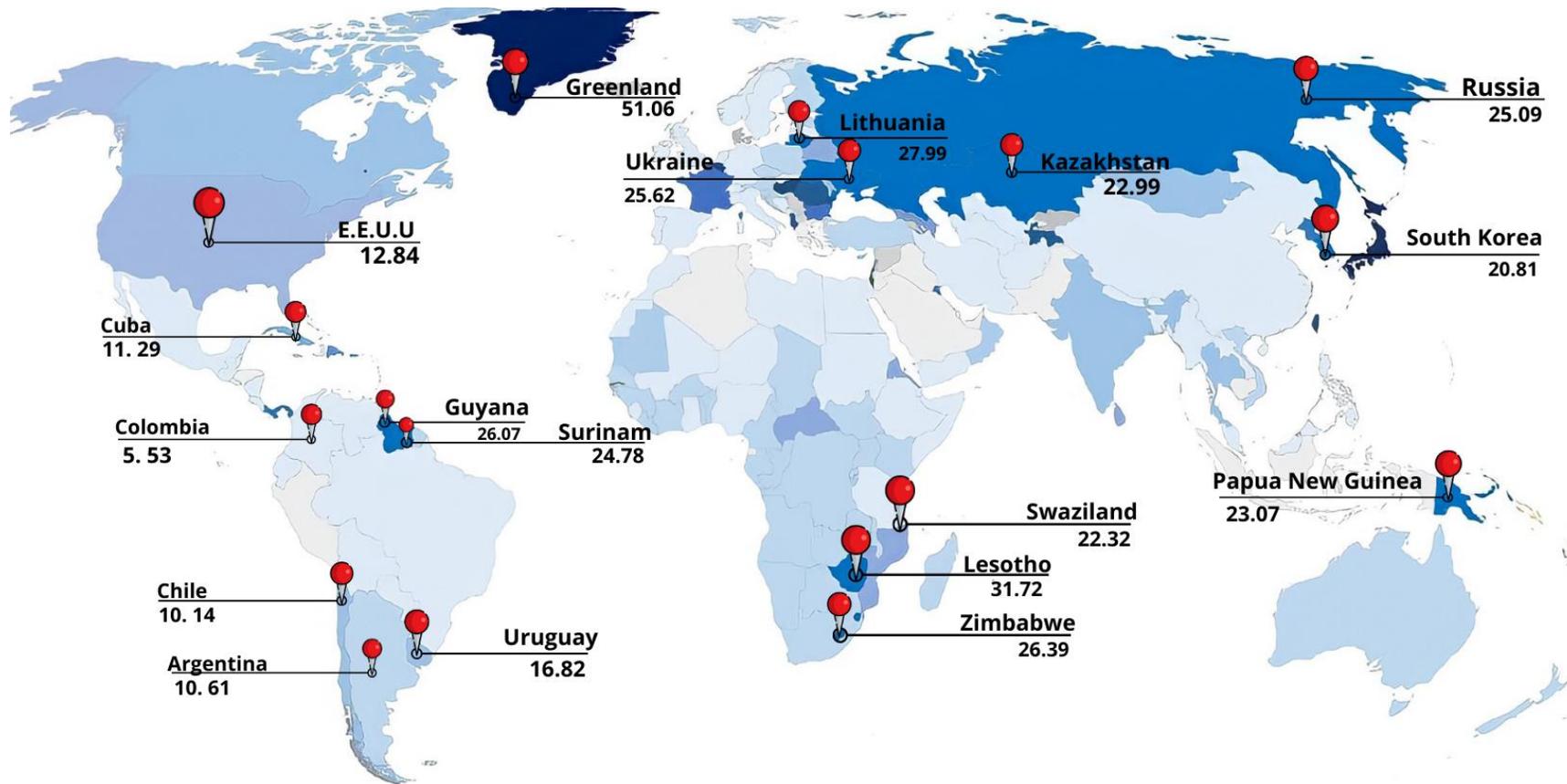
Países con mayores casos de suicidio

País	Tasas (x 100 Hab)	Casos	País	Tasas (x 100 Hab)	Casos
Guyana	28.99	222	Canadá	11.40	4.152
Surinam	25.50	145	Trinidad y Tobago	14.55	198
Uruguay	16.80	583	Argentina	14.29	6.166
Estados unidos	14.50	47.107	Chile	10.20	1.879
Cuba	14.13	1.600			

Nota. Elaboración propia con base en las estadísticas de Our in Data, 2017.

Gráfico 1.

Tasa de muerte por suicidios (2017): El número anual de muertes por suicidio por cada 100.000 personas.

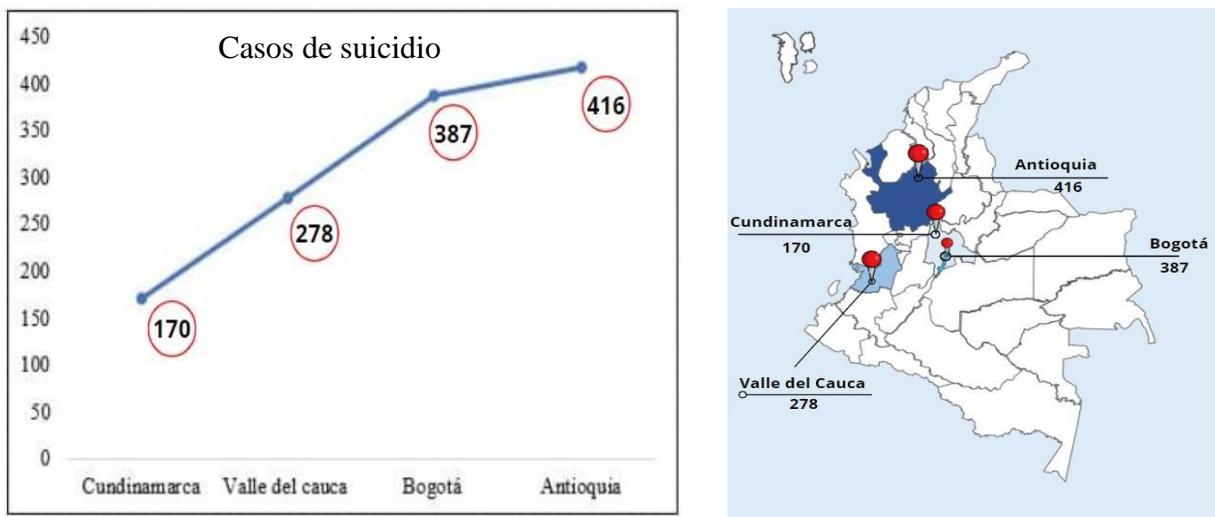


Nota. Elaboración propia con base en las estadísticas de Our in Data, 2017.

La región pacífica de Latinoamérica tiene una diferencia marcada en comparación con el mundo, pues la tasa de suicidios es mayor en mujeres que en hombres, mientras que en el resto del mundo la tasa es mayor en hombres (OMS, 2014).

En los últimos años, en Colombia se registra un aumento sucesivo en las cifras de suicidio: la tasa de suicidio reportada fue de 4,5 por cada 100.000 habitantes en el año 2009, escalonando a 5,93 al año 2018, siendo así el mayor número de casos registrados en la última década. En el transcurso de este periodo se reportaron un total de 20.832 suicidios, es decir, 2.083 casos por año, según el sistema de información del Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses (INMLCF, 2018). A nivel regional, los departamentos con mayor número de casos de suicidio fueron Antioquia, Bogotá y Valle del Cauca, seguidos por el departamento de Cundinamarca. En este departamento, los municipios que presentaron mayores casos fueron Soacha (con 33 casos), Facatativá (con 12 casos) y Fusagasugá (con 11 casos), siendo las cabeceras municipales donde el fenómeno del suicidio acontece en un 73,18% de todo el departamento, lo que indica que este tipo de circunstancias se han convertido en una situación alarmante. El Gráfico 2, ilustra la tendencia anteriormente mencionada.

Gráfico 2. Departamentos con la mayor cantidad de casos de suicidio.



Con respecto a la edad, el 43,4% de los suicidios se presenta entre los 20 y 39 años, siendo la asfixia el método más utilizado para quitarse la vida (66,67%), seguido de consumo de sustancias tóxicas (15,17%) y el uso de proyectil de armas de fuego (10,65%). Se observa que los hombres se suicidan en mayor proporción (82,34%) en comparación con las mujeres (17,65%). Según el Instituto Nacional de Salud en Colombia, por cada cinco casos de suicidio en hombres se suicida una mujer, en concordancia con los datos a nivel mundial, donde la proporción de suicidios es mayor en los hombres, mientras que en las mujeres la intención suicida tiene mayor prevalencia (INS, 2017).

Se han implementado varias técnicas para la prevención del suicidio por parte de diferentes entes públicos, como por ejemplo el INS (2017), el cual planteó diferentes alternativas para combatir los intentos suicidas, tales como la restricción del acceso a armas de fuego y sustancias tóxicas, la implementación de un tratamiento idóneo que proteja psicológicamente a las personas de padecer trastornos como la depresión, ansiedad, abuso de alcohol y de sustancias psicoactivas y realizar un correcto seguimiento a las personas que ya han presentado intentos suicidas. A su vez, la Policía Nacional de Dirección de Sanidad (2012) orientó a la comunidad con un plan de mantenimiento y promoción de la salud para informar acerca de cómo detectar ideaciones suicidas y cómo ayudar a las personas que las presentan. También, desde el 2003, la Asociación Internacional para la Prevención del Suicidio, en colaboración con la Organización Mundial de la Salud, han promovido el Día Mundial para la Prevención del Suicidio cada 10 de septiembre, con el objetivo de concientizar a nivel mundial que el suicidio puede prevenirse (OMS, 2017). Pese a esto, no se ha evidenciado una reducción significativa de esta problemática, motivo por el cual se debe indagar, no solo en la información que tienen las personas acerca de este problema,

sino también en las estrategias que se están utilizando para afrontar sus situaciones cotidianas y que los llevan a tomar la decisión de consumir el suicidio.

La conducta suicida trae consecuencias psicológicas, sociales y económicas fuertes para las familias, comunidades, sociedades y países (OMS, 2014). Es por lo que el suicidio se convierte en una prioridad para la salud mental y, resulta de vital importancia para la salud pública a nivel mundial, generar herramientas que reduzcan el suicidio desde su prevención.

Teniendo en cuenta lo anterior, se espera que el instrumento IDES funcione como una herramienta de apoyo en el área de Psicología, brindando información objetiva derivada de los resultados obtenidos, que permita a los profesionales en Psicología la identificación y evaluación de la ideación suicida y, así mismo, promueva procesos de evaluación, intervención y desarrollo de estrategias preventivas. Para salvaguardar el bienestar de cada uno de los participantes de esta investigación, se hizo necesaria la creación de un protocolo de atención para las personas que solicitaran orientación y apoyo psicológico.

La presente monografía está acorde con la línea de investigación *vida, ambiente, seguridad social y sociedad* de la Universidad de Cundinamarca, que comprende el estudio, el desarrollo y la calidad de vida de las personas, y se encuentra sujeta a la línea de investigación de *desarrollo humano* del programa de psicología, la cual se enfoca en la comprensión de los procesos de salud en los diferentes ciclos de vida, como es la infancia, juventud, adultez y vejez, y la relación de estos con el entorno, entendiendo las implicaciones y los efectos que tiene el suicidio a nivel local, municipal y departamental, generando conocimiento que promueva la toma de decisiones en políticas públicas.

Marco Epistemológico y Paradigmático

Este estudio se realizó comprendiendo los principios positivistas, entendidos como la manera de acceder al conocimiento de una forma objetiva, medible y evidenciable mediante el método científico (López, 1973). Esta investigación se acogió al paradigma empírico-analítico, basado en la observación y análisis estadístico de hechos reales y que sostiene que la predicción es una explicación de cómo se rige el objeto de estudio mediante un principio de objetividad, donde se requiere de la replicabilidad de la investigación y la posibilidad de verificar o no el conocimiento generado (Terron, 2019).

Su metodología corresponde a la instrumental, la cual se basa en el análisis de las propiedades psicométricas de los instrumentos para evaluar a un individuo, ya sea por la construcción de nuevos tests o por la traducción y adaptación de alguno ya construido (Ato et al., 2013), resaltando la importancia de las medidas estandarizadas de conocimiento, aptitudes, actitudes e inteligencia, buscando darles un sustento científico a través de la cuantificación de los acontecimientos psicosociales e implementando el análisis estadístico para generar evidencias empíricas que respalden su medición (Rodríguez y Pérez, 2017).

El análisis científico no solo implica identificar los fenómenos desde su medición, sino que, a partir de estos datos, se pueda describir su evolución cualitativa y propiciar de mejor manera las características propias de estos sucesos. Desde esta perspectiva parten las escalas de medición, cuyo fin último es asignar un valor numérico a objetos, propiedades o situaciones siguiendo ciertas reglas en la forma de cuantificar (Merli, 2010). Este análisis conlleva una serie de etapas indispensables para desarrollar investigaciones con rigor científico; inicialmente, se realiza la definición del problema o variable de interés para la medición (rasgo o constructo), posteriormente, se plantean estrategias de observación a partir de la revisión de experimentos y

antecedentes que permitan la valoración del fenómeno que permitan la generación de hipótesis, seguidamente, se hace uso de un método de falsación empírica que permita examinar el comportamiento del constructo y contrastar la hipótesis por medio de la experimentación (pilotaje); finalmente, se hacen los análisis de resultados procedentes de la fase de experimentación desde la Teoría Clásica de los Test (TCT) y Teoría de Respuesta al Ítem (TRI).

Marco Teórico

Contexto Histórico de la Medición Psicológica

Desde los inicios de la humanidad se ha evidenciado un interés por estudiar y comprender las diferencias individuales que pueden presentar las personas en sus desempeños cotidianos; un ejemplo de esto es el sistema de evaluación al servicio civil realizado en China desde el año 2200 a. C y el interés teórico de Platón y Aristóteles sobre las aptitudes y comportamientos diferenciales entre individuos. Sin embargo, no es sino hasta el siglo XIX que la medición y evaluación de diferencias individuales empieza a tomar una perspectiva mental con la realización de los estudios de Francis Galton, J. McKeen Cattell y Alfred Binet, dirigidos en su mayoría a intereses sensoriales y capacidades mentales en específico, como la inteligencia (Aiken, 2003).

Desde esta perspectiva, las mediciones se valían de las observaciones humanas que permitían registrar eventos físicos y desarrollar instrumentos de medición, de gran utilidad por su interés en generar leyes objetivas obtenidas con un método científico riguroso y preciso. A partir de la necesidad de cuantificar las diferencias individuales, surge la psicometría como disciplina para la medición de variables psicológicas, la cual permitió el desarrollo y consolidación de la medición psicológica como método científico, impulsó la construcción y cuantificación de instrumentos de medida y tomó fuerza gracias a los avances en el diseño y programación computacional del último siglo (Hogan, 2015).

Aunque la medición mental para fines educativos, laborales y clínicos ha sido ampliamente cuestionada, es gracias a la diversificación y la implementación de la medición en psicología que ha sido posible reestructurar la manera en que se realizan, aplican y analizan las evaluaciones psicológicas, siendo cada vez más eficientes y precisas (Martínez et al., 2014).

Construcción de Instrumentos Psicométricos

Para una adecuada elaboración de instrumentos psicométricos es necesaria la rigurosidad en todos los procesos de construcción, los cuales requieren de un equipo de expertos, tanto del constructo psicológico a evaluar, como de psicometría. En la elaboración de los test de medición psicométrica se han privilegiado dos modelos teóricos: la Teoría Clásica de los Tests (TCT) y la Teoría de Respuesta al Ítem (TRI), que ayudarán a seguir lineamientos con respecto al instrumento y sus normas (Martínez et al., 2014).

Antes de la construcción del instrumento propiamente dicho, se debe tener una idea preconcebida de su finalidad, qué constructo psicológico evaluará y la población a la cual va dirigido; estos pasos y, más precisamente, la definición del objetivo, guiarán la primera etapa del proceso, que implica, además, la definición de restricciones para la aplicación, marco del test, especificaciones del marco, especificación del formato de los ítems y reglas de puntuación, la revisión de los ítems del test y la elaboración de un estudio piloto. La revisión de la calidad psicométrica y la evaluación resultante de la prueba piloto hacen parte de una segunda etapa del proceso y, por último, una tercera etapa conformada por la estimación de indicadores psicométricos del test, la aplicación y asignación de puntuaciones y el posterior proceso de estandarización, para concluir con la construcción del manual del test (Barbero et al., 2006).

Especificaciones Iniciales

Para el desarrollo de un test psicométrico, Brown (1993) señala que se debe iniciar con la concepción del fenómeno a evaluar, definiendo el objetivo del test y sus alcances, como también el constructo de interés del investigador. En un segundo momento se debe concretar la población a la cual va dirigida la prueba y su rango de edades; de ahí en adelante, se deben tomar decisiones en cuanto a las puntuaciones obtenidas en dicho test y cómo será su análisis. Así

mismo, se tendrá en cuenta si la aplicación se realizará de manera individual o grupal y se debe plantear si el instrumento tiene una finalidad diagnóstica, de selección o de clasificación. Otra cuestión referente al diseño de un instrumento son las restricciones por concebir en la aplicación, como el tiempo de realización y la longitud del test (Muñiz y Fonseca, 2019).

Operacionalización del Constructo y Estructura de Prueba

Teniendo claro el objetivo del instrumento y el constructo con sus características de medición, se desarrolla un marco desde el cual se partirá para el correcto diseño del test. En este punto, es importante dimensionar la relación explícita o implícita que presenta el objetivo de la prueba con el constructo a evaluar y, es de esta forma, como los constructos guían el desenvolvimiento de criterios, tareas y la forma de puntuación.

Otra característica principal del fenómeno a evaluar es su condición de variable latente que, al no ser directamente observable, se vale de los elementos que permiten estimar su medida a través de comportamientos que sí pueden ser observados. Posterior a esto y teniendo presente las características del fenómeno, se debe considerar el modelo teórico del constructo y las diferentes herramientas metodológicas que permitan obtener una medición más específica y relacionada con el objetivo del instrumento (Colín, 2011). Para ello, la red nomológica funciona como una estructura que permite comparar el rasgo a evaluar con otros constructos con los que, a partir de su base teórica, podrían presentar relación o diferencia, con el fin de proporcionar una definición fiel y precisa que guiará el proceso de construcción (Muñiz y Fonseca, 2019).

En general, todas estas revisiones exhaustivas del constructo permiten la generación de ítems que buscan responder a las necesidades del test y que previamente fueron ilustradas en una tabla de especificaciones que detalla el número de ítems requeridos por cruce entre dimensión a

evaluar y proceso psicológico implicado, buscando un equilibrio entre ambas condiciones y que es conocida como estructura de prueba (Gregory, 2011).

Para la elaboración de los reactivos, hay que tener en cuenta varios aspectos al momento de la construcción con respecto a la forma en la que son presentados estos ítems: en cuanto al lenguaje a utilizar, algunas de estas recomendaciones hacen referencia a la claridad de los enunciados, la conveniencia en la forma de ser presentados y evitar ciertos errores como la redundancia en su estructura o errores gramaticales; en cuanto a las consideraciones en la construcción de los ítems, se debe tener en cuenta la congruencia entre el ítem y la variable a estudiar, para lo cual es necesario que el fenómeno y sus variables sean correctamente definidos, evitar errores psicométricos y ser cuidadosos con las consideraciones legales a la hora de evaluar (Moreno et al., 2004).

El siguiente paso es el diseño de la prueba piloto. En este apartado se debe tener claridad sobre varios aspectos para realizar una evaluación psicométrica y determinar si el instrumento es apto para ser considerado con el rigor científico de medición (Burgos y Escalona, 2017).

Prueba Piloto: Procedimientos para Recopilar Datos

La finalidad de la evaluación piloto es comprobar el funcionamiento del instrumento mediante la revisión de las variables que intervienen en la aplicación, calificación e interpretación del test, como lo son: la recolección de datos y posteriores criterios de puntuación, materiales de la prueba, formato de aplicación y congruencia de los ítems, entre otros. Es importante resaltar que la prueba piloto debe ser administrada a una población con las mismas características a las de la aplicación final. En la aplicación de la prueba piloto se debe generar y seguir unas instrucciones claras en la administración del instrumento y tener presente y definido el formato de aplicación y la forma en la que serán registradas las respuestas. También se deben tomar decisiones con respecto a las posibilidades de aplicación y cuáles condiciones se ajustan de mejor manera con la

finalidad del instrumento. A su vez, los análisis estadísticos son necesarios para determinar la viabilidad de los ítems a partir de su funcionamiento psicométrico y si logran tener relación con los constructos a evaluar, para así seleccionar los ítems que conformarán la prueba final (Barbero et al., 2006; Martínez, et al., 2014).

Modelos Psicométricos: Métodos para el Análisis de los Ítems y del Test

Una vez finalizado el proceso de construcción de los ítems y su posterior aplicación piloto, se hace necesario evaluar si la puntuación obtenida en la prueba es una fiel medida del constructo a evaluar. Para ello, generalmente se ha hecho uso de dos modelos psicométricos: la Teoría Clásica de los Tests (TCT), que considera la prueba como una unidad indivisible, en la cual la relación que existe entre los ítems va a permitir estimar un perfil como resultado de la configuración global del test, y la Teoría de la Respuesta al Ítem (TRI), que propone hacer un análisis un poco más independiente de cada ítem y generar apreciaciones que no dependan de la totalidad de la prueba (Muñiz, 2010).

Teoría Clásica de los Tests (TCT): Conceptos y Supuestos Básicos

La Teoría Clásica de los Tests (TCT) fue desarrollada durante la primera mitad del siglo pasado y surgió en el marco de la estadística de esa época, la cual permitió su formalización. Charles Spearman intentaba realizar un modelo simple con supuestos básicos que permitiera deducir fórmulas más complejas y así estimar el error de una medida. El modelo expresa que las respuestas dadas en cada uno de los ítems de un test se unen en una sola puntuación total y esta puntuación observada (X) es el reflejo de una puntuación verdadera (V) que representa la cantidad de rasgo o atributo que tiene la persona evaluada más el error aleatorio en la medida (E). Este modelo se comporta de manera lineal, ya que la relación entre X y E es aditiva. La expresión formal de este modelo es ($X = V + E$) (Barbero, 1996).

Es de entender que en cualquier medición siempre exista un grado de error en un momento determinado a la hora de estimar la magnitud de un atributo. Este estará afectado por diversos errores de naturaleza compleja, ya que proviene de diferentes fuentes como el estado emocional del individuo, factores como la fatiga, el cansancio, el tiempo, la motivación y el contexto donde se aplica la prueba. Por otro lado, el mismo instrumento puede generar un error causado por la instrucción dada en la aplicación, los ítems presentes, el formato utilizado, sesgos por parte de los aplicadores, entre otros, que pueden estar afectando las puntuaciones empíricas u observadas, causando incongruencias con la puntuación verdadera. Al no conocer con precisión cual es la puntuación verdadera, será de utilidad hacer estimaciones a partir de los supuestos del modelo (Guzmán, 2004).

Como cualquier otra teoría, la Teoría Clásica de los Test necesita de un grupo de supuestos sobre la esencia de las variables comprometidas y las relaciones que estas puedan tener entre sí, ajustándose a una gran parte de las situaciones prácticas. La TCT se apoya en tres supuestos principales: el primer supuesto expresa que la puntuación verdadera de un individuo es la esperanza matemática de la puntuación observada y esta se definiría a partir de la aplicación del mismo test a una persona infinidad de veces, controlando así el error; este supuesto está definido desde un enfoque netamente matemático. El segundo supuesto parte de la premisa de que no existe una relación entre la puntuación verdadera y el error; esto implica que los errores que puedan estar afectando la medida son independientes al nivel de atributo o rasgo que posea un sujeto. Finalmente, el tercer supuesto afirma que, si se le aplicara a una persona dos diferentes tests que miden el mismo constructo, no habría motivo para suponer que los errores cometidos en el primer test, siendo estos aleatorios, estén correlacionados y afecte de la misma forma en el segundo test. El modelo lineal se fundamenta en los tres supuestos mencionados anteriormente y

una buena estimación de error de medida, lo que usualmente se conoce como confiabilidad de los tests (Muñiz, 1996).

Confiabilidad en la TCT. A la hora de medir el constructo, rasgo o conocimiento para el cual fue elaborada la prueba, se debe garantizar la consistencia de la medida, que se puede expresar como “la proporción de la variabilidad verdadera respecto de la variabilidad obtenida” (Argibay, 2006, p. 18). Los instrumentos que no presenten esta característica no pueden considerarse de valor para evaluar, describir y hacer predicciones sobre la conducta humana.

Existen dos tipos de errores: el error sistemático es aquel que se presenta de la misma manera en repetidas ocasiones cuando se realiza la medición de un constructo usando un mismo instrumento, por lo cual, se pueden controlar y explicar por una fuente de variación; y el error aleatorio, el cual puede afectar la confiabilidad, y representa aquellas características ajenas al constructo debidas a todas las variables que no se pueden controlar y que pueden estar influyendo en las puntuaciones finales, tales como: el ambiente de la prueba, los distractores que afectan la atención, baja motivación, falta de disposición o estados emocionales temporales (Muñiz, 2000).

Existen diferentes diseños utilizados para hallar la confiabilidad en las pruebas como los son el índice de consistencia interna, estabilidad temporal y formas paralelas por equivalentes, cada uno de ellos con diferentes métodos para minimizar los errores en la calificación. Para fines de esta investigación se profundizará en el índice de consistencia interna, el cual intenta estimar la magnitud de características comunes entre los diferentes elementos que componen una prueba por medio de la correlación entre estas. Para ello, uno de los estadísticos empleados con mayor frecuencia es el alfa de Cronbach, en el cual se evidencia en qué medida los ítems se correlacionan entre sí para evaluar el constructo (Hogan, 2015).

Teoría de Respuesta al Ítem (TRI): Conceptos y Supuestos Básicos

A lo largo de todo el siglo pasado, la Teoría Clásica de los Tests aportó y garantizó el desarrollo de las pruebas, dando respuesta a múltiples inconvenientes en la medición psicológica y, hasta el día de hoy, sigue siendo ampliamente utilizada; sin embargo, la TCT toma el puntaje de la prueba de manera global en el constructo, mientras que en la TRI se considera a cada ítem como una unidad de análisis que se puede relacionar con la evaluación del constructo o habilidad, lo cual permite mediciones locales que no varían en función de la cantidad de ítems del instrumento (Hambleton y Swaminathan, 1985). La TRI aporta modelos de construcción y análisis más robustos de los ítems porque dan cobertura y permiten independencia en la medición (Elosua, 2003).

Al igual que el modelo clásico, la TRI se apoya en estadísticos del ítem, pero su conceptualización es distinta. Este modelo parte de la concepción de que existe una relación matemática con la probabilidad de que se acierte correctamente a cada ítem de acuerdo con el nivel de habilidad y “permite mediciones invariantes más allá de los ítems que componen el instrumento” (Attorresi et al., 2009, p. 180). Las características de los ítems tienen una representación gráfica a través de la denominada curva característica de los ítems (CCI), que surge de una función sigmoide y representan: el parámetro de dificultad (b), que se evidencia como el nivel de habilidad o rasgo frente a la probabilidad de 0,5 de acertar al ítem; el parámetro de discriminación (a), que se evidencia a partir de la pendiente de la curva y permite diferenciar entre las personas que tienen más probabilidad y menos probabilidad de acertar al ítem, según los niveles de rasgo o habilidad donde el ítem es más informativo; y el parámetro de pseudoazar (c), que permite evidenciar la probabilidad de que una persona con escasa habilidad o rasgo acierte al ítem (Nojosa, 2001).

Dependiendo de los parámetros que se implementen, existen diferentes modelos: el modelo logístico de un parámetro (solo considerando b), el modelo logístico de dos parámetros (considerando b y a) y el modelo logístico de tres parámetros (considerando b , a y c). El modelo de Rasch es una modificación al modelo de un parámetro, el cual considera solo la dificultad (b), pero no tiene en cuenta el factor de escalamiento en su fórmula (Martínez, 1996).

Evaluación de un Modelo en la TRI: Bondad del Ajuste y Función de Información. En la Teoría de la Respuesta al Ítem se puede evaluar la bondad de un modelo a través del nivel de ajuste de los datos empíricos al modelo teórico, mediante un análisis del *infit* (el cual evalúa qué tanto la curva empírica se encuentra ajustada en niveles de habilidad cercanos a la dificultad del ítem, donde se asume que es más informativo) y el *outfit* (donde se observa el ajuste del ítem en niveles de habilidad distantes a la dificultad y, por consiguiente, donde el ítem es menos informativo a este nivel de habilidad) (Prieto y Delgado, 2003). Este nivel de ajuste se puede evaluar mediante dos métricas: una no estandarizada, en la cual un indicador más cercano a 1 evidencia mayor ajuste, tomando como rangos aceptables valores entre 0,8 y 1,3 y una estandarizada, centrada con media de 0 y desviación de 1, la cual asume un rango aceptable entre -2 y 2 (Boone et al., 2014).

La función de información (FFI) se puede considerar el equivalente a la confiabilidad en la TCT y servirá para identificar y distinguir aquellos ítems que proporcionan más información en un intervalo θ (nivel de habilidad específico); la relación entre la función de información y el error estándar de medida del ítem es inversa, por lo cual se puede afirmar que los ítems más informativos generarían mediciones más precisas y, por consiguiente, se aumentaría la confiabilidad (Abad et al., 2006).

Evidencias de Validez

Desde sus inicios en los años 30, el concepto de validez ha atravesado diferentes visiones que lo intentan definir, desde considerar distintos tipos de validez hasta contemplar su definición como un concepto unitario. Este último hace parte de las concepciones más recientes, las cuales proponen que la validez es el proceso de acumulación de evidencia empírica que, en conjunto con la teoría, permiten sustentar o respaldar las inferencias que se hagan de las puntuaciones obtenidas de una prueba para los usos propuestos. Sin este sustento, las inferencias que se realicen de los resultados obtenidos pueden ser inapropiadas (Martínez et al., 2014). Desde los nuevos estándares para pruebas educativas y psicológicas, la validación no es un proceso definitivo ya que su conjunto de evidencias se encuentra en constante revisión y permiten ser confirmadas o rechazadas por medio de posteriores estudios (AERA, APA y NCME, 2018).

Existen varios procedimientos de validación como lo son:

Evidencias de validez basadas en el contenido.

En las pruebas se debe garantizar que la redacción y la forma de los ítems sea adecuada y su contenido sea directamente proporcional con el constructo que se pretende medir; para ello, se utiliza una valoración de juicio de expertos y, posteriormente, se realiza un muestreo de ítems que posibilite la representatividad del contenido del rasgo (Hogan, 2015). Esto permite cumplir el estándar 1.11, el cual establece que los procedimientos que se utilicen para realizar inferencias de las puntuaciones basadas en el contenido y la población deben sustentarse teóricamente (AERA, APA y NCME, 2018).

Juicio de Expertos. Para identificar si los ítems del test contribuyen o hacen parte del constructo, estos pueden ser revisados y aprobados por expertos en el fenómeno a comprender (quienes procuran garantizar la ausencia de errores en la visión de este), de especialistas en

psicometría (los cuales evalúan la metodología utilizada) y también por sujetos pertenecientes a la población objeto (con el fin de garantizar un lenguaje correcto y ético) (León, 2017). Para este análisis, se pueden utilizar formatos que permitan orientar la evaluación del contenido de los ítems (Escobar-Pérez y Cuervo-Martínez, 2008) y que, por lo general, consideran las siguientes categorías: 1) claridad, en la cual se hace una revisión semántica y sintáctica de cada uno de los ítems para identificar que sean entendibles, 2) pertinencia, buscando identificar si el ítem tiene relación directa con el constructo, 3) relevancia, que establece si el ítem aporta información fundamental para ser incluido en la prueba, y 4) suficiencia, que evalúa si la cantidad de ítems por dimensión son idóneos y satisfacen la medición.

Evidencias de Validez de Estructura Interna.

De acuerdo con los estándares para pruebas educativas y psicológicas, a partir del análisis de las puntuaciones obtenidas de los ítems se pueden implementar estadísticos de reducción de variables para establecer las posibles dimensiones de la prueba y aumentar el grado de homogeneidad de los ítems en cada una de estas dimensiones. Para ello, uno de los estadísticos más usados es el análisis factorial.

Técnica de Análisis Factorial. El Análisis Factorial (AF) se caracteriza por ser una técnica estadística multivariada que permite identificar la varianza común que existe entre variables numéricas y permite la agrupación de diferentes medidas. El AF permite obtener una matriz con las cargas o pesos factoriales de cada una de las variables originales (en este caso, los ítems) en cada uno de los factores, que son las variables latentes o las dimensiones del instrumento. En el Análisis Factorial Exploratorio (AFE), la información se obtiene a partir del análisis de los resultados sin tener una hipótesis planteada previamente de la agrupación de las variables; por el contrario, en el Análisis Factorial Confirmatorio (AFC), el investigador plantea una serie de

hipótesis claras, específicas y congruentes de cómo se agruparán las variables que se pondrán a prueba y se tendrán en cuenta a lo largo de la investigación (Ferrando, 2010).

Para identificar la viabilidad de realizar un AF se utilizan dos estrategias estadísticas que analizan la matriz de correlación entre las variables: en el test de esfericidad de Bartlett se compara una matriz de identidad con la matriz de correlación entre las variables; si estas son diferentes entre sí, significa que hay correlaciones óptimas entre los ítems a un nivel $p \leq .05$ asociado, rechazando la hipótesis nula y haciendo viable implementar un análisis factorial. Por otra parte, el índice de Kaiser Meyer Olkin (KMO) se utiliza para evaluar la correlación de los ítems por medio de los coeficientes de correlación parcial (que representa la correlación entre dos ítems controlando el efecto de una tercera); para que tenga sentido correr un análisis factorial, es necesario que las correlaciones parciales sean menores, representando significativamente correlación entre las variables (Méndez et al., 2012; Pérez, 2010).

Es muy frecuente el uso de dos métodos de extracción para las matrices factoriales: 1) a través de una Factorización de Ejes Principales (FEP), en el que los ítems o variables se ven influidas por la comunalidad y el error de medida, también llamados como varianza no común (unicidad), el cual busca que la comunalidad represente la varianza de la prueba como si fuera el constructo mismo; y 2) a través de la extracción por Análisis de Componentes Principales (ACP), que no divide los componentes sino que, por el contrario, toma todos los valores como varianza total del constructo (Ferrando y Carrasco, 2010).

Para buscar estructuras factoriales que más fueran simples, Thurstone (1947) sugirió que los factores fueran rotados en un espacio multidimensional que no altere la varianza explicada por los factores; es decir, girar los ejes factoriales a distintos grados, pero manteniendo fijo el origen (Vallejo, 2013). Dependiendo de la existencia de asociación o independencia entre los factores

(matriz de estructura y matriz de configuración), el método de rotación ortogonal asume que no existe esta asociación y sus criterios de rotación son *Varimax* (cuando no hay un factor que sea dominante) y *Quartimax* (cuando hay un solo factor general) (Carroll, 1953). Por el contrario, el método de rotación oblicua permite la asociación o correlación entre los factores y sus criterios son *Oblimin* y *Promax* cuando se espera un solo factor y *Equamax* cuando puede ser de un solo factor o varios.

A partir del análisis factorial se puede identificar la dimensionalidad de un instrumento de acuerdo con las dimensiones extraídas, debido a que cada una aporta información sobre la varianza total de los ítems en forma porcentual (Abad et al., 2006), en el que se podría atribuir unidimensionalidad si las puntuaciones de la varianza total explicada en el primer factor predominan sobre los demás factores (Carmines & Zeller, 1979).

Conceptualización del Comportamiento Suicida

El término “suicidio” fue introducido por primera vez durante el siglo XVII por el reconocido médico y filósofo Browne (1642). Procede de la palabra del latín *sui* (uno mismo) y *caedere* (matar), dejando clara la diferencia en lo que corresponde a cometer un atentado en contra de la vida de sí mismo y el asesinato de otros (Zouk et al., 2006). Desde entonces, solo fue hasta 1772 donde el término se incorporó al castellano en la obra “la falsa filosofía y el ateísmo” de Fray Fernando Cellos. A lo largo de la historia y, enmarcado a los diferentes momentos de esta, el suicidio es considerado como un fenómeno complejo, universal y multifactorial, resultado de diversos factores genéticos, psiquiátricos, ambientales y socioculturales.

En la conceptualización del suicidio ha existido una ambigüedad en los términos empleados para su descripción y un rol determinante en los contextos socioculturales de diferentes partes del mundo (Blasco et al., 2010). Por este motivo, varios autores, estrictos en el término, hacen

hincapié o lo caracterizan desde un punto de vista ya sea psiquiátrico, conductual o psicológico, además de darle una orientación de enfoque.

Uno de los exponentes influyentes en el término es Durkheim (1897a, 1971b), que afirma que el suicidio “es el resultado de todas las causas de la muerte resultantes directa o indirectamente de un acto positivo o negativo de la propia víctima, que sabe que dará lugar a este resultado” (p. 160), dándole un punto de vista sociológico; mientras que otros autores, como Shneidman (1985), afirma que “el suicidio es un acto consciente de auto aniquilación, que se entiende como un malestar pluridimensional en un individuo que percibe este acto como la mejor solución” (p. n/a). A lo largo del tiempo estas teorías pierdan popularidad, ocasionando que la definición propuesta quede obsoleta y que solo se incorpore una dimensión o enfoque que no integra una visión holística del término. Es por lo que en la actualidad se mantiene un debate de cómo se debería definir y clasificar el suicidio y qué tipo de conductas se asocian a este.

En los últimos años, diferentes autores han propuesto nuevas nomenclaturas, agrupando una serie de términos claves para su definición. Una de ellas fue la propuesta por Silverman, et al. (2007), la cual surge de una revisión de la nomenclatura de O’Carroll, et al. (1996), tras tomar la compilación de términos definidos anteriormente; en esta nomenclatura se da una clasificación de conceptos esenciales, dentro de los cuales se encuentran ideas relacionadas con suicidio (comunicaciones, amenazas y planes suicidas) y conductas como autolesiones, intentos de suicidio y realización del acto consumado. En lugar de añadir condiciones adicionales a cada uno de los términos para dar cuenta de las diferentes variables clínicas (presencia o ausencia de intención, autolesiones y resultado final), esta propuesta optó por simplificar la clasificación en diferentes subtipos (Tipo I, Tipo II y Tipo III) que explicarían las variaciones dentro de cada categoría y que se ilustran en la Tabla 2 (Legido, 2012).

Tabla 2.

Clasificación de la conducta suicida según Silverman, et al., (2007).

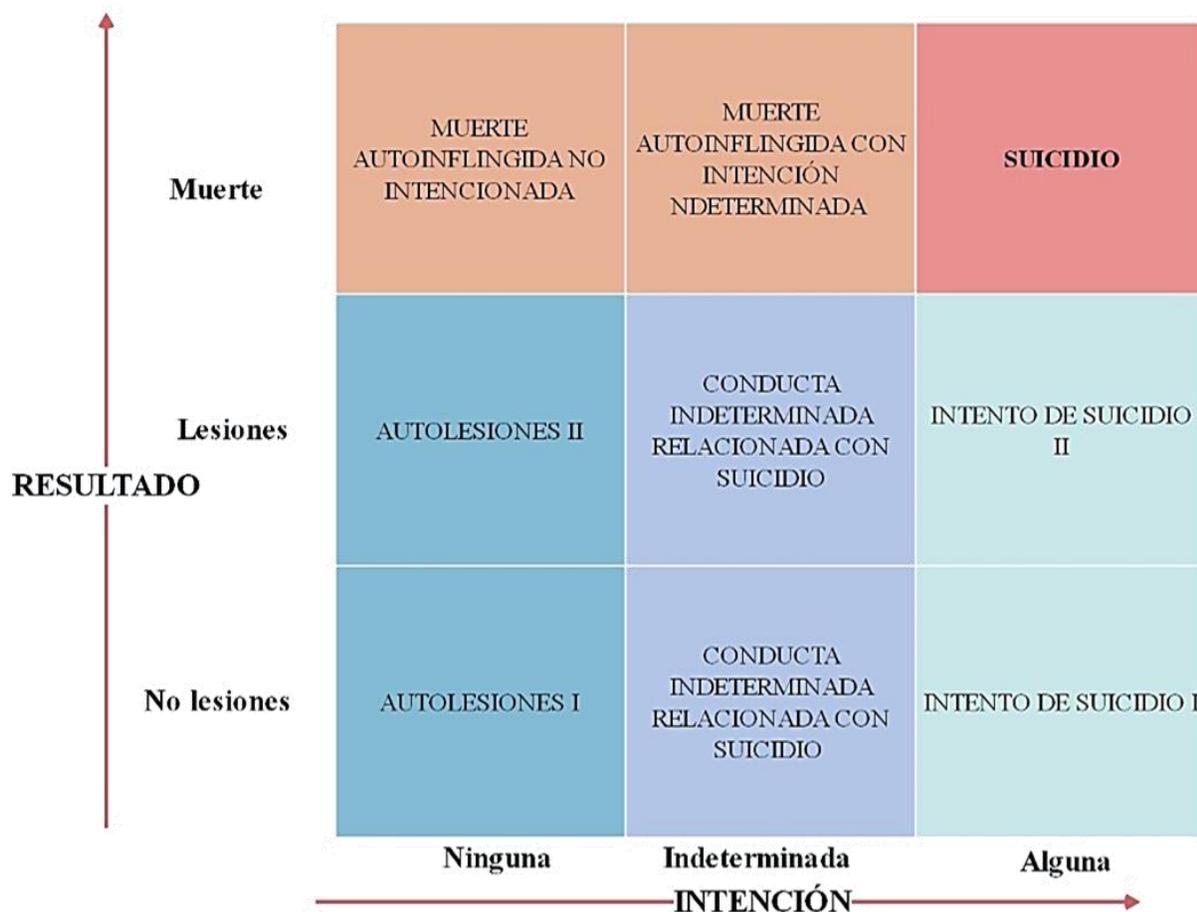
Comunicaciones relacionadas con suicidio	
Cualquier acto interpersonal de transmitir pensamientos, deseos o intenciones para los que existe evidencia (ya sea explícita o implícita) de que el hecho de comunicación. No implica en sí mismo una conducta autolesiva. Distingue entre:	
Amenaza suicida: acción interpersonal, verbal o no verbal, sin que implique directamente autolesión, que se puede interpretar como una comunicación de una conducta suicida en el futuro.	<p>Tipo I: sin intención suicida.</p> <p>Tipo II: nivel indeterminado de intención.</p> <p>Tipo III: algún grado de intención suicida.</p>
Plan suicida: método o formulación sistemática de un programa de acción propuesto para la realización de un acto potencialmente destructivo.	<p>Tipo I: sin intención suicida.</p> <p>Tipo II: nivel indeterminado de intención suicida.</p> <p>Tipo III: intención suicida con plan definido.</p>
Conductas relacionadas con suicidio	
Conducta potencialmente dañina para las que hay evidencia (ya sea explícita o implícita) de que: (a) la persona desea utilizar el intento de suicidio con el fin de alcanzar alguna otra meta, o (b) la persona tiene una intención no determinada o muestra clara intención de provocarse la muerte. Distingue entre:	
Autolesión: conductas potencialmente auto lesivas en las que es evidente, explícita o implícitamente, que la persona no ha intentado matarse y que la persona desea aparentar que quiere matarse para obtener algún beneficio.	<p>Tipo I: Sin lesiones.</p> <p>Tipo II: Con lesiones.</p> <p>Muerte autoinfligida no intencionada: existen evidencias de que no había intención suicida.</p>
Conducta indeterminada relacionada con suicidio: conductas potencialmente auto lesivas en las que la intención es desconocida. En aquellos casos donde una persona no puede admitir una intención clara de morir (estar bajo la influencia del alcohol u otras drogas, psicosis, demencia, estados disociativos, etc.).	<p>Tipo I: Sin lesiones.</p> <p>Tipo II: Con lesiones.</p> <p>Muerte autoinfligida con intención no determinada: Con intención dudosa o desconocida.</p>
Intento de suicidio: conductas potencialmente auto lesivas con un resultado no fatal, para la que existen pruebas (explícitas o implícitas) de que la persona tiene intención de matarse.	<p>Tipo I: Sin lesiones.</p> <p>Tipo II: Con lesiones.</p>
Suicidio	
Terminación de la vida del sujeto.	

Nota. Elaboración propia a partir de la revisión de la nomenclatura de O'Carroll et al. (1996) propuesta por Silverman et al. (2007).

En la definición de las conductas relacionadas con el suicidio, Silverman et al. (2007) realizaron una clasificación del acto cometido por una persona que presenta la intención de suicidio en función del resultado. Como se evidencia en la clasificación de tipo I, la persona no presenta ningún tipo de lesión, en contraste con la de tipo II en la que ya se tiene algún tipo de lesión y en el tipo III, donde ya se presenta la muerte del individuo. En el Gráfico 3, se contempla la relación entre la intención y el resultado de la conducta suicida desarrollada por Silverman et al. (2007).

Gráfico 3.

Representación esquemática de conductas relacionadas con el suicidio



Nota. Elaboración propia a partir de la nomenclatura revisada por Silverman et al. (2007).

Sin embargo, aunque resulta de gran importancia realizar una clasificación en lo que corresponde a las conductas relacionadas con el suicidio, y como estas a su vez varían en su intención y resultado como lo enmarca Silverman (2007), se debe tener en cuenta la influencia de factores de todo tipo que ayuden a establecer o determinar un estudio más detallado del suicidio en función del contexto y ambiente de los individuos.

Beck, et al. (1983) afirman que “un individuo puede expresar conductas que estén dirigidas a la terminación de su propia vida en conductas manifiestas y en expresiones verbales, pero en ocasiones, la expresión de los deseos de suicidio es indirecta y sólo puede comprenderse retrospectivamente”; es decir, que los pensamientos y conductas con intencionalidad suicida, como “no puedo continuar más”, no constituyen el deseo directo de quitarse la vida, pero sí la convicción de deseo de liberarse de todo malestar emocional que se esté generando en el sujeto.

De la Torre, et al. (2013) definen el suicidio como “la aparición de pensamientos cuyo contenido está relacionado con terminar la propia existencia” (p.3); también refieren a aquellos pensamientos que conllevan a desvalorizar la vida, generar anhelos de morir y planificar actos letales que provocan autoeliminación o autolesión intencionada. En este sentido, la conducta autolesiva se puede definir como aquellas “conductas intencionales que buscan atentar contra la propia integridad física, sin que exista una intención directa de provocar la muerte” (De la Torre *et al.*, 2013 p.4).

Según De la Torre, et al. (2013), existen diversas causas de la ideación suicida, ya que es un fenómeno multi determinado en el que varios factores podrían tener influencia en ella y que permiten darles una explicación a las ideas suicidas. Además, atribuyen que, para que existan estas ideas, debe haber a su paso un factor estresante que implique la aparición de emociones altamente negativas (por ejemplo, la frustración o el rechazo) y la falta de recursos para aliviar la

crisis (por ejemplo, el apoyo familiar o social), lo que conlleva a la sensación de querer huir a este tipo de situaciones ante la imposibilidad de hallar una respectiva solución. Por ello, la evaluación de la ideación suicida debe tener en cuenta una serie de factores de riesgo, en el que puede estar presente uno o varios, en la vida de una persona (De la Torre et al., 2013). Por tal motivo, esta investigación tomará dicha conceptualización de la ideación suicida, debido a que abarca un modelo biopsicosocial desde un enfoque cognitivo conductual que se alinea con este estudio, al incluir los pensamientos y conductas manifestadas por el constructo y factores contextuales y ambientales que ayuden a una evaluación más detallada de la ideación suicida.

Ampliamente se han venido desarrollando modelos basados en estudios experimentales que evalúan los factores de riesgo en las conductas suicidas, los cuales son de fundamental importancia para la generación de programas y acciones concretas que prevengan este fenómeno. Entendiendo la conducta suicida como un suceso multifactorial y que no sucede de forma aleatoria, la ideación suicida se presenta como un constructo multidimensional que es afectado por diversas variables.

Numerosos autores se han dedicado a indagar los factores que podrían estar dirigiendo estas conductas. Mann et al. (1999) generaron un modelo explicativo que divide en dos grandes grupos los factores de riesgo suicida: los rasgos personales y los desencadenantes. Este modelo es ampliamente utilizado como herramienta diagnóstica al dar indicios de alerta, dependiendo del número de factores que pueda presentar un individuo.

En contravía al modelo mencionado anteriormente, autores como Cassem et al. (1998) sustentan que los factores de riesgo suicida no deben determinar qué persona presenta o no conductas suicidas, sino que definen grupos poblacionales que presentan características que los

hacen propensos a presentar este fenómeno. A continuación, se detallarán algunos factores de riesgo suicida estudiados:

Factores Sociodemográficos

Sexo. La tasa de suicidios consumados es mayor en hombres que en mujeres, mientras que las mujeres presentan más conductas suicidas entendidos como intentos o ideaciones (De Jalón y Peralta, 2002).

Edad. Las tasas de suicidio consumados más altas se encuentran entre la población mayor, mientras que los intentos suicidas son cometidos en mayor proporción por edades más tempranas como la adolescencia. Aunque en las últimas décadas, entre los 18 y 30 años la tasa de suicidios consumados ha igualado a la de los adultos mayores (INMLCF, 2018).

Estado Civil. Las personas solteras, divorciadas, viudas y sin hijos son más propensas a cometer actos suicidas. La consolidación y estabilidad familiar se convierten en un factor protector (Durkheim, 1897).

Nivel Socioeconómico. El desempleo y los bajos niveles educativos son factores de riesgo, tanto para el acto consumado, como para la conducta suicida; en relación con esto, las personas con bajos recursos económicos presentan una tasa más alta de suicidios consumados e intentos (Scully, 1996).

Factores Individuales

En diversos estudios se mencionan los aspectos individuales como un predictor de la ideación suicida, evidenciando una relación estrecha en personas que padecen una enfermedad física de naturaleza incapacitante, dolor crónico o acercamiento a una posible muerte que representan un riesgo evidente; así mismo, las enfermedades de salud mental reflejan un factor considerable,

siendo la depresión, la desesperanza, consumo de alcohol, violencia e inestabilidad económica las más relevantes (Corona et al., 2016).

La salud mental. La OMS define la salud mental como “un estado de bienestar en el cual el individuo se da cuenta de sus propias aptitudes (y que a raíz de ellas) puede afrontar las presiones normales de la vida, puede trabajar productiva y fructíferamente y es capaz de hacer una contribución a su comunidad” (OMS, 2001, p. 1). Es por consiguiente que las afectaciones que se dan a nivel de salud mental son un factor de riesgo para la presentación de conductas suicidas.

Trastornos psiquiátricos. Los trastornos psiquiátricos tienen una tasa elevada en los suicidios consumados y es el factor principal en este fenómeno. Según el Ministerio de Salud De Colombia (2018), los trastornos con más tasas de suicidios son los siguientes: trastornos afectivos, de personalidad, adaptativos y esquizofrenia.

Enfermedades médicas. En cuanto a las enfermedades médicas presentan una relación significativa frente a la conducta suicida; del 25 al 75% de las personas que han presentado intentos suicidas presentan alguna afección a su salud (Martínez, 2005).

Factores sociales

Otro de los factores que se han asociado con la ideación suicida es la manera en que los individuos se relacionan con su entorno y cómo interactúan con él; entre ellas están las redes de apoyo con las que se cuenta y las relaciones negativas con su contexto. Las experiencias positivas y saludables generan un factor protector, en cambio, su ausencia causa una desvinculación y aislamiento que influyen la presencia de ideación suicida (Garza et al., 2019).

Factores familiares

Se conoce ampliamente que la familia es la red de apoyo primaria y fundamental para el ser

humano; un entorno familiar conflictivo, problemas en la comunicación, violencia y ausencia de los padres generan un riesgo tres veces más alto de ideación suicida (Sánchez et al., 2010).

Evaluación y Medición de la Ideación Suicida

A lo largo de la historia evaluativa de la ideación suicida se han tomado diferentes perspectivas con respecto a los factores que pueden influir en esta. En este proceso, las dimensiones que ampliamente han sido evaluadas, descritas, interpretadas y comprendidas son la depresión, desesperanza, control de impulsos, baja autoestima, redes de apoyo frágiles, entre otras. Esta visión multidimensional nos permite un abordaje completo, estructurado y pragmático, brindando una base sólida que impulse la promoción y prevención del suicidio desde todos los puntos de vista.

Si bien existen instrumentos que evalúan la conducta suicida, algunos no se encuentran adaptados al contexto colombiano y evalúan en su mayoría la frecuencia en la que se presentan estos comportamientos o pensamientos asumiendo que la persona ya tiene ideación suicida y se ha autolesionado. En la tabla 3, se ilustran algunos de estos instrumentos con sus características.

Modelos Explicativos de la Ideación Suicida

Múltiples modelos teóricos intentan explicar y describir la conducta suicida en diversos grupos poblacionales y, aunque en el desarrollo de estos se estudian las ideaciones suicidas, no presentan un abordaje tan amplio, aunque se encuentran puntos en común en cuanto a los factores predisponentes que la influyen. Los modelos de la conducta suicida se diferencian entre sí por sus múltiples propuestas, al determinar los factores que subyacen en la aparición de comportamientos suicidas; estos factores se agrupan, dependiendo de los autores, entre enfoques psicológicos, cognitivos, ambientales, sociológicos y biológicos (Legido, 2012).

Tabla 3.*Escalas de Evaluación del Comportamiento Suicida*

Nombre del instrumento	Autor	Descripción	Características psicométricas
Escala de Intención Suicida (SIS)	Beck et al. (1974b)	Esta escala evalúa la intencionalidad y la propia percepción del sujeto de sus sentimientos y pensamientos en el momento del acto. Se puntúa 0, 1 y 2 contando con 15 ítems.	Coefficiente alfa de Cronbach de 0,89 y juicio Inter jueces de 0,83.
Escala de Intención Suicida de Pierce original (PSIS)	Pierce (1977)	Consiste en evaluar el intento de suicidio de leve a grave. Las puntuaciones oscilan entre 0 y 24 contando con 12 preguntas.	Alfa 0,77 de Cronbach; n = 448, x=8.24, s =4.42
Escala de probabilidad de suicidio (SPS)	Cull & Wayne (1982)	Cuestionario de 36 ítems que evalúan el riesgo de suicidio en adolescentes y adultos. Integrada por cuatro subescalas: la desesperanza, la ideación suicida, la actitud negativa del <i>self</i> y la hostilidad. Entre mayor puntuación en las subescalas, mayor es el riesgo de suicidio. Estas posicionan la ideación en leve, moderada y severa.	Presenta una confiabilidad que oscila entre el 0,67 y 0,80, de acuerdo con el rango de edades a quien sea aplicada la escala.
Cuestionario de ideación (SIQ)	Reynolds (1988)	Cuestionario de autoinforme que se compone de 30 ítems para la evaluación de la ideación suicida en adolescentes de 10° a 12° grado. Los ítems se presentan en una escala Likert de siete puntos de 0 (nunca lo pensé) a 6 (casi todos los días) que indican la frecuencia de sus pensamientos durante el mes pasado, creando un rango de 0 a 180.	Ha demostrado una buena consistencia interna y tiene una validez concurrente y de construcción adecuada.

Nombre del instrumento	Autor	Descripción	Características psicométricas
Escala de Beck para la Ideación Suicida (BSS)	Beck & Steer (1991)	Evalúa la gravedad de la ideación suicida en la semana anterior. Consta de 19 ítems, oscilando entre 0 y 2. 0 representa la ausencia de ideación suicida y 2 presencia del constructo. Dos ítems de la prueba (evaluar el deseo de vivir y el deseo de morir).	Altos niveles de consistencia interna (α de Cronbach = 0,93) y de validez concurrente con el Inventario de Depresión de Beck. La consistencia interna fue buena (α de Cronbach = 0,80)
Inventario de Ideación Suicida Positiva y Negativa (PANSI)	Osman, Gutiérrez, Kopper, Barrios y Chiros (1998)	El inventario evalúa, de manera simultánea, factores de riesgo y de protección frente a las ideas suicidas. Consta de 14 ítems de tipo Likert de 5 puntos, que oscilan entre 0 (nunca) y 4 (siempre).	Coeficientes de consistencia interna superiores a 0,8 y buena evidencia de validez de constructo (concurrente y discriminante), tanto en muestras clínicas como no-clínicas (Osman et al., 2003).
Escala de evaluación del suicidio (SUAS)	Cull (1998)	Se construyó para medir el riesgo de suicidio en el tiempo. Se compone de 20 ítems que se califican de 0 a 4 con base en una entrevista semi estructurada y tarda de 20 a 30 minutos. Evalúa dominios como: afecto, estado corporal, control y afrontamiento, reactividad emocional, pensamientos y comportamientos suicidas.	Alta confiabilidad y validez para determinar el riesgo repetido de suicidio en pacientes ingresados en una unidad de emergencia después de un intento de suicidio (Waern, Sjøstrøm, Marlow et al., 2010). Alfa de Cronbach = 0,80 y 0,90 guiando su aplicabilidad en muestra clínica.
Cuestionario de comportamiento de autolesión (SHBQ)	Gutiérrez, Osman, Barrios, et al (2001)	Es un cuestionario de autoinforme de respuesta libre o forzada que evalúa el grado en el que los participantes se han involucrado en actividades autolesivas. Tiene cuatro componentes: la incidencia y frecuencia de autolesiones no suicidas, intentos de suicidio, amenazas de suicidio e ideación de suicidio.	Ha mostrado una buena consistencia interna con estimaciones Alfa de 0,89 a 0,96 entre las cuatro secciones.

Nota. Elaboración propia a partir de las características psicométricas de instrumentos para la evaluación de la ideación suicida

Los enfoques con mayor relevancia explican la conducta suicida desde la conversión de dos o más factores; este cúmulo de características, entre las que encontramos las neurológicas, psicológicas, ambientales, sociales, biológicas y predisposiciones genéticas, beneficia la forma en la que se entiende, previene y combate las conductas suicidas al brindar un abordaje completo y funcional hacia dónde debe ir dirigida la comprensión del suicidio desde que la conducta es idealizada. Para fines analíticos, en esta investigación se realizó un abordaje teórico de los diferentes modelos explicativos del suicidio y factores asociados. Esta clasificación se realizó dependiendo de las perspectivas y énfasis etiológicos entre grupos biológicos, sociales y psicológicos.

Entre los modelos más referenciados por su consistencia teórica y explicativa se encuentra el desarrollado por Mann (1999), que hace énfasis en la interacción de factores neurológicos y biológicos como motivantes para la conducta suicida. Mann encuentra su base teórica en las hipótesis realizadas por Monroe y Simons (1985), concluyendo que estas conductas suicidas surgen por la presencia de una situación o crisis, generando estrés ambiental que, acompañado por una predisposición genética, resulta en una vulnerabilidad y facilita la presencia de conductas suicidas. Mann denominó este modelo como estrés-diátesis, donde la diátesis hace referencia a los factores neurobiológicos como la disminución en la actividad serotoninérgica que causa un nivel de inhibición cognitiva y conductual a situaciones estresantes; esta disminución o hipoactividad serotoninérgica, también llamado síndrome serotoninérgico, puede ser causada por indicaciones en medicamentos o factores genéticos. En síntesis, este modelo explica la conducta suicida como la reacción o impulsos causados por factores externos que, debido a un déficit serotoninérgico, inhabilita la contención de estos impulsos. Más adelante y, basándose en las afirmaciones de Plutchik y Van Praag, Mann repostula su modelo de estrés-diátesis, añadiendo la

idea de que estos impulsos no solo estarían dirigidos a una conducta autolesiva, sino también violenta a terceros, y esto dependerá de las situaciones que provoquen estos impulsos (Plutchik et al., 1989).

Posterior a esta reformulación, Mann en compañía de Brent actualizan el modelo, brindándole un abordaje más amplio a las situaciones que vulneran la presencia de conductas suicidas, causando lo que denominan un estrés ambiental. Entre estos factores destacan las relaciones interpersonales entre la familia y el sujeto, crisis familiares, abandono y situaciones de violencia, además de historial en conductas suicidas en la familia. Este modelo es utilizado en diversos programas de prevención y presenta perspectivas amplias (Rada y Manuel, 2017).

Mann encuentra en la hipoactividad serotoninérgica la explicación a la falta de contención de los impulsos agresivos; expone que los impulsos autolesivos o violentos son generados por fuerzas contrabalanceadas explicadas por dos momentos: el primero de ellos cuando se genera la conducta y otro que la direcciona mediante un 'contrabalanceo', determinando la intensidad. Este contrabalanceo es influenciado por las emociones; es decir, la tristeza (con la ira), la desesperanza y la impulsividad generarían autolesiones, mientras que emociones como la ira, el enojo y el resentimiento, acompañado por el factor de impulsividad, desembocan en conductas violentas dirigidas a terceros (Plutchik et al., 1989). Este modelo aporta información acerca de factores neurológicos, biológicos, relaciones interpersonales y experiencias vividas que influyen en la aparición de conductas y pensamientos suicidas, dando una explicación específica de cómo surgen estos procesos en cada factor; sin embargo, no hace una integración de todos los factores en su teoría.

En contraste, el modelo sociológico de Durkheim da una mayor relevancia a los factores socioculturales, sobre los psicológicos o biológicos. Partiendo de la explicación del individuo

como un ser influenciado de manera general por la sociedad, las conductas suicidas también son influenciadas por el contexto. Para explicar cómo la sociedad presentaba cierto dominio sobre estas conductas, Durkheim distingue cuatro tipos de suicidios: egoísta, fatalista, anómico y altruista. Según este modelo, la sociedad rige un poder directo en las diversas motivaciones que tienen los individuos, negando de esta forma las circunstancias personales. Un ejemplo de esto es el suicidio altruista, en donde una poca individualización o conciencia personal hace ejercer presiones sociales en el individuo provocando estas conductas. Por otro lado, el individuo que cometió un suicidio egoísta es explicado por la resistencia social al sobreponer motivos propios e ignorar las reglas sociales. En este mismo sentido, el suicidio anómico se presenta como un desorden en las reglas sociales en el que, a diferencia del egocéntrico, la importancia de la vida se ve afectada de forma negativa; es decir, el individuo siente no ser capaz de responder a las exigencias de la sociedad. En cuanto al suicidio fatalista, este modelo lo explica como consecuencia a una crisis social que sobrepasa las habilidades del individuo para superarlas (Durkheim, 2003). Es muy importante el componente sociológico en las personas, porque brinda evidencia de la interacción que tiene el individuo con su entorno y cómo influye en el desarrollo de su vida, evidenciando consecuencias tanto positivas como negativas. Este modelo brinda una tipología del suicidio motivada por aspectos sociales; sin embargo, no contempla los aspectos biológicos que tienen influencia en el suicidio, como se plantea en el modelo anterior.

Por otro lado, a diferencia de los modelos sociológicos, los modelos con un énfasis en los factores clínicos y psicológicos presentan un interés por la integración de las diferentes variables que influyen en la conducta suicida y, aunque se interesan en los trastornos, la cognición, las emociones, los estados de ánimo y conductas específicamente, son estos los modelos que

empiezan a concebir una multidimensionalidad a la hora de explicar, prevenir y combatir el suicidio.

La desesperanza, tristeza y estados de ánimo depresivos son los factores que más predominan para entender los componentes del suicidio desde la perspectiva psicológica y cognitiva. Un ejemplo de esto es el modelo clínico-biológico desarrollado por Fawcett et. al (1987), en el que propone que estos estados emocionales, acompañados de la desolación, dimensionan de cierta forma trastornos como la depresión y la ansiedad, que dirigen a diagnosticar la intensidad de los síntomas con el fin de integrar un carácter preventivo.

Dentro de estos modelos psicológicos se han desarrollado diferentes aproximaciones que explican la conducta suicida en direcciones distintas a las de los trastornos y, quizás es el enfoque cognitivo el de mayor alcance explicativo y pragmático. Teorías como la desarrollada por Beck son un ejemplo de esto; este modelo propone una visión dirigida al procesamiento de información, en donde las malas experiencias o situaciones negativas previas condicionan las ideaciones suicidas y esta percepción de la realidad afecta la manera en la que se concibe al mundo, al futuro y a sí mismos, convirtiéndose en patrones cognitivos de desesperanza (Beck et al., 1979).

Baumeister (1990) interpretó como identidad lo que Beck explicaba como concepción de sí mismo, formulando así un modelo que explica la conducta suicida como un escape; una identidad que no coincida con un “yo” ideal y que esté acompañada por sentimientos de culpa, llevan a idear el suicidio como un escape (p. 92). Los modelos clínicos y cognitivos dan una perspectiva de las conductas suicidas desde la forma en cómo los individuos interpretan y dan una percepción de la realidad, dejando a un lado los factores biológicos que pueden distorsionar esta percepción; así mismo, presenta una concepción limitada en los factores sociales que interfieren en las creencias, las experiencias y relaciones del individuo.

Modelo Arquitectónico de Mack

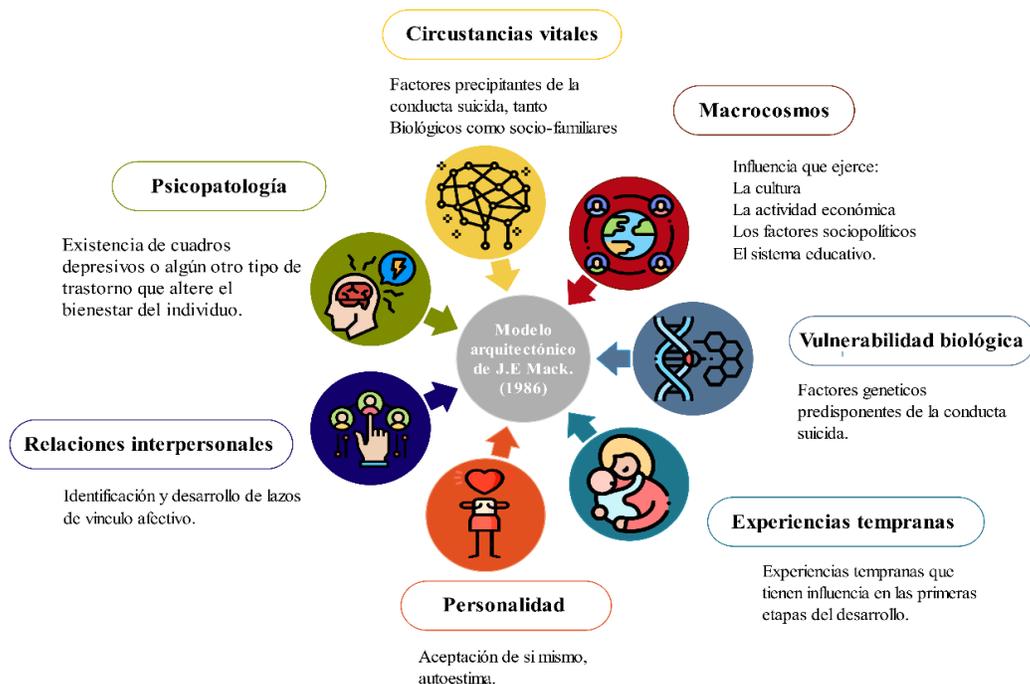
Entendiendo los diferentes enfoques para comprender la ideación suicida, uno de los modelos que integran estas concepciones es el modelo arquitectónico de Mack, siendo también uno de los más referenciados y utilizados desde la prevención. Este modelo fue desarrollado en 1986 por el psiquiatra estadounidense John E. Mack y surgió por el estudio de las conductas suicidas en jóvenes. El modelo arquitectónico parte desde una perspectiva preventiva, entendiendo los componentes que incrementaban las posibilidades de cometer un suicidio, siguiendo la lógica de que, entre más componentes se presenten, más vulnerables son los individuos al presentar ideaciones y posteriores conductas suicidas (Rada y Manuel, 2017). El gráfico 4, ilustran las dimensiones contempladas en este modelo.

Gráfico 4.

Dimensiones contempladas en el modelo arquitectónico de Mack

Modelo arquitectónico de J.E Mack. (1986)

Basado en el estudio del suicidio consumado en jóvenes



Nota. Elaboración propia a partir de las dimensiones incluidas en el modelo arquitectónico de Mack (1986).

El modelo arquitectónico de Mack (1986) está integrado por los siguientes factores: 1) un contexto sociopolítico, 2) un factor mediado por la vulnerabilidad biológica de la persona, 3) un factor mediado por las experiencias vividas, 4) un factor relacionado con la autoestima, 5) un factor psicopatológico, 6) un componente que involucra las circunstancias vitales y 7) un factor que integra las relaciones interpersonales. Según Gallego (2009), cada factor involucra diferentes elementos cruciales para la determinación del suicidio.

Como se ilustró anteriormente, los modelos explicados suelen ser comprendidos desde enfoques específicos que priorizan uno de los elementos, sea este de carácter biológico, ambiental, cognitivo, psicopatológico o sociológico. Un aporte del modelo arquitectónico de Mack es concebir el suicidio como un fenómeno multifactorial y multideterminado, resultado de diversos factores genéticos, psiquiátricos, ambientales y socioculturales, y no considerar que el suicidio se atribuye a un solo factor determinante o predisponente. Por tal razón, es importante tener en cuenta la agrupación de todos estos factores para la explicación del fenómeno en sí, lo que resulta consistente con el modelo arquitectónico de Mack, el cual otorga una explicación global y multidimensional de la ideación suicida.

Marco Empírico

Las investigaciones presentadas a continuación permitieron un conocimiento amplio en torno al comportamiento del fenómeno evaluado y relevantes para este estudio por su alto valor científico y la implementación de instrumentos psicométricos en diferentes contextos. La mayoría de ellos buscan, a partir de la construcción, adaptación y validación de instrumentos, determinar la presencia de la ideación suicida o de aquellos constructos que teórica y empíricamente han estado relacionados, como la depresión, la desesperanza o el aislamiento. Asimismo, otros estudios se han centrado en indagar por factores de riesgo implicados, como la edad, el género, la falta de apoyo familiar, el consumo de alcohol y sustancias psicoactivas y las enfermedades físicas y mentales.

Impacto de la Escala de Autolesiones no Suicidas: Validación Psicométrica Inicial

Este estudio se llevó a cabo en 128 estudiantes universitarios, en el cual Keuthen (2001) evaluó las propiedades psicométricas de la adaptación de la escala de impacto *picking* de piel (SPIS) a la escala de autolesiones no suicidas (INS). La versión adaptada se conformó por 10 ítems en escala Likert de 6 puntos, lo cual daría una puntuación total de 0 a 50. Los resultados evidenciaron un único factor para la escala y una confiabilidad sustentada en su consistencia interna; a su vez, a través de la validez convergente se demostró el impacto que tenían los aspectos sociales, conductuales y emocionales en las autolesiones no suicidas mediante correlaciones positivas y significativas con La Escala de Reactividad Emocional ERS (Nock et al., 2008) y La Escala de Ansiedad de Interacción Social SIAS (Mattick y Clarke, 1998). Sin embargo, no hubo correlaciones significativas con el Inventario Deliberado de Autolesiones DSHI (Grat, 2001), que permite conocer la frecuencia, tipo y cantidad de métodos que usan las personas para lesionarse, ni con el ampliamente utilizado Beck Depression Inventory-II BDI-II

(Beck et al.1996). Por otro lado, para examinar su validez divergente se hicieron correlaciones con El Índice de Gravedad del Insomnio ISI (Bastien et al., 2001) y El Cuestionario de Corumiación CRQ (Rose, 2002), las cuales tampoco presentaron coeficientes significativos (Burke et al., 2017). Si bien en esta escala no se habla directamente de ideación suicida, las conductas auto lesivas en sí mismas tienen el fin de desvalorizar la vida y que, aunque no se planifique el acto letal, tienen consecuencias negativas en el individuo. Además, la escala PSIS evidencia que los factores sociales, conductuales y emocionales tienen relación con las autolesiones, como lo muestra el modelo de Mack (1986); sin embargo, dejan de lado factores biológicos y de relaciones interpersonales que son importante en la aparición de estos pensamientos.

Análisis Factorial de la Escala de Intención de Suicidio (SIS) y la Escala de Calificación de Riesgos y Rescates (RRRS): Hacia la Identificación de Subgrupos Homogéneos de Conductas Suicidas

En este estudio, la conducta suicida es entendida como un constructo afectado por diversos elementos; por esta razón, se realizó una división de subgrupos con características homogéneas para la identificación de conductas suicidas. Las *Escala de Intención Suicida (SIS)* y *Letalidad (RRRS)* se aplicaron a una muestra de 608 participantes; se realizó una evaluación de la estructura factorial por medio de un análisis por componentes principales y una regresión logística para determinar la relación entre subgrupos. A partir de los resultados obtenidos, se establecieron relaciones entre los intentos suicidas y las diferentes variables de medida, donde se evidenció una clara preocupación de los individuos por ser encontrados realizando alguna conducta de intento suicida y una ausencia de comunicación en torno a estas manifestaciones. En cuanto a los análisis psicométricos, se mantuvieron los cuatro factores globales del SIS y se obtuvo en el RRRS una estructura factorial con resultados válidos, estables y clínicamente

relevantes compuesta por daños médicos, condiciones de ayuda e implementación del intento (Misson et al., 2010). En este estudio, es relevante destacar el interés por identificar la similitud entre grupos con comportamientos suicidas; esto aporta a la presente monografía el interés de identificar características de intentos suicidas en la población para un abordaje amplio del constructo.

Variables Psicológicas Asociadas a la Ideación Suicida en Estudiantes

Este artículo entiende la conducta suicida bajo un modelo bio-psicológico multifactorial, donde la desesperanza, la depresión y el control de impulsos son establecidas como variables de medición pretendiendo asociarlas con las ideaciones suicidas. La ideación suicida es evaluada utilizando *La Escala de Ideación Suicida de Beck* y fue suministrada a una muestra de 40 estudiantes universitarios. Como resultado, hubo mayor relación entre la desesperanza y la ideación suicida; por el contrario, la falta de control de impulsos es asociado con los intentos y el suicidio consumado (Teruel et al., 2014). El estudio presentado anteriormente expone de manera clara las diferentes variables que están asociadas a la ideación suicida, enfatizando en la desesperanza como un factor psicológico presente en todas las fases del suicidio. En virtud de esto, apoya gran parte del modelo biopsicosocial considerado en la presente monografía y permite la evaluación desde el componente cognitivo de la presencia o ausencia de sentimientos de desesperanza, permitiendo un abordaje a los factores psicológicos que son de gran valor predictivo en la evaluación de la ideación suicida.

Evaluación de la Capacidad Adquirida para el Suicidio en la Práctica Clínica, Psicológica y Médica

Los componentes de la Teoría Psicológica Interpersonal Del Suicidio (IPTTS) propuestos por Jonier (2005) para predecir el suicidio son: la interacción de pertenencia frustrada, carga percibida

y capacidad de suicidio adquirida (SCA); para evaluar este último, Orden et al. (2008) crearon una escala llamada *La Capacidad Adquirida Para La Escala de Suicidio: miedo a la muerte (ACSS - FAD)*, la cual ha tenido varias versiones que difieren del número de ítems y es la única que cuenta con propiedades psicométricas para su uso (Ribeiro et al., 2014). Esta escala permite identificar a las personas que piensan en el suicidio y lo consuman; no obstante, no cuenta con validez suficiente para evaluar el riesgo suicida (Rimkeviciene et al., 2016). En este estudio se integraron las versiones y se evaluaron las propiedades psicométricas de la escala final con 20 ítems tipo Likert de 5 puntos (Joiner et al., 2009), la cual se aplicó a dos poblaciones: 55 personas como muestra clínica, que tenían conductas suicidas y 58 personas de la muestra comunitaria. Como resultado, se obtuvo una consistencia interna apropiada; sin embargo, no alcanzó el nivel de 0.90 requerido para hacer evaluación en entornos clínicos (Nunnally, 1978). Por otro lado, no hubo variaciones significativas entre las poblaciones, debido a que la muestra comunitaria que participó en el estudio presentaba interés por ser parte de la investigación y podrían tener conductas suicidas. Esta teoría interpersonal es multidimensional como el modelo utilizado para la escala IDES y, aunque no tengan las mismas variables, pueden llegar a tener similitudes al considerar que los factores personales y las relaciones interpersonales influyen en la ideación suicida. Una diferencia es que Joiner concibe el suicidio como un fenómeno adquirido y para Mack es una consecuencia de la interacción de más factores.

Validez y Fiabilidad del Inventario de Ideación Suicida Positiva y Negativa – PANSI, en Estudiantes Colombianos

En el departamento de Nariño, Villalobos-Galvis (2009) realizó una investigación de tipo instrumental para conocer la validez y fiabilidad del *Inventario de Ideación Suicida Positiva y Negativa (PANSI)*, el cual se aplicó en 643 estudiantes de instituciones de educación secundaria

y superior desde un muestreo no probabilístico. El instrumento se adaptó a partir de la técnica de traducción simple, se evaluó la validez de la versión en español utilizando la técnica de análisis factorial exploratorio (AFE) y la escala obtuvo una confiabilidad Alpha de Cronbach de 0.89; así mismo, se utilizó el coeficiente de correlación de Spearman, mostrando correlación entre las dimensiones de depresión (CESD), desesperanza (BHS), autoestima (AER) e ideación suicida. Los hallazgos relevantes son las relaciones positivas entre escalas y subescalas. En su versión española, el PANSI presentó propiedades psicométricas óptimas para su implementación en colegios y universidades del departamento (Villalobos-Galvis, 2010). Este estudio se relaciona con la investigación en curso, ya que brinda una aproximación en contexto colombiano del comportamiento de la ideación suicida a partir de la adaptación del instrumento PANSI, evidenciando que existe una correlación entre la dimensión de autoestima y la ideación suicida, lo que refuerza empíricamente la importancia de adherir al instrumento componentes propios de esta dimensión.

Gravedad de la Intención, el Método y el Comportamiento Suicida Antecedente de un Acto de Autolesión: un Estudio Transversal de los Supervivientes de Autolesiones Remitidos a un Hospital Terciario de Mysore, en el Sur de la India

La siguiente investigación pretendió identificar antecedentes clínicos, sociales y conductuales que anteceden a un acto de autolesión. Para su desarrollo fueron evaluados 200 participantes internados en el hospital del sur de la India. Dentro de las características sociodemográficas se tuvieron en cuenta: género, ocupación, nivel de educación, religión, tipo de ubicación y estado civil. El rango de edad de la muestra oscilaba entre los 18 y 70 años y una participación por género de 101 hombres (50.5%) y 99 mujeres (49.5%), cada uno de ellos con comportamientos

que preceden a la autolesión, a quienes se administraron la *Escala de Intención Suicida de Pierce (PSIS)* y el *Mini Inventario Neuropsiquiátrico Internacional*.

En los hallazgos se evidenció que los participantes de las zonas rurales tenían un puntaje PSIS más alto en comparación con los habitantes urbanos, independientemente del método de autolesión. Respecto a las características clínicas, en lo que corresponde a la edad y el género se denotó que el trastorno depresivo mayor (MDD) se asoció con niveles significativamente más altos de puntaje PSIS en comparación con otros diagnósticos y sin enfermedad mental; sin embargo, la autolesión previa, el consumo de alcohol y la manifestación de la ideación de manera verbal o escrita no se asociaron significativamente con puntajes más altos ni con algún método particular de autolesión. Los comportamientos más comunes en la intención suicida asociados con el puntaje obtenido en el instrumentó PSIS son: el ausentismo laboral, la visita al santuario familiar, el aumento en la ingesta de alcohol, la peregrinación y el aumento de consumo de tabaco. Se observó también que estos comportamientos suelen aumentar una semana antes de cometer el acto suicida. Los métodos de autolesión para cometer la conducta suicida se registraron de la siguiente forma: el 34% fue por envenenamiento OP (ingesta de productos químicos domésticos distintos del organofosfato pesticida), el 21.5% por envenenamiento No OP (por productos no químicos), el 37.5% por consumo de tabletas, el 22% por un elevado consumo de alcohol y el 4% por algún otro método (ahogamiento, ahorcamiento y auto corte). Como último hallazgo, se encontró niveles más altos de intención suicida medidos por el puntaje del PSIS entre trabajadores no capacitados y profesionales, en comparación con trabajadores expertos y desempleados. Esta es la primera vez que se logra dichos datos ajustados al contexto y resulta difícil hallar una explicación del porqué los desempleados presentan niveles más bajos de ideación suicida que otros. La mayor prevalencia de la aparición de ideación en profesionales y

trabajadores o capacitados se debió a tensiones sociales y económicas notables, además de estar expuestos a mayores niveles de estrés y deudas, en relación con los rápidos cambios estructurales de la sociedad de la india (Krishna, et al., 2014). Esta investigación aporta a esta monografía conocimiento acerca del comportamiento del suicidio en función de las condiciones socioeconómicas, el contexto y los diferentes factores de riesgo que pueden influir en la realización de la conducta auto lesiva, ya que permite identificar un marco de diferenciación en lo que compete al suicidio variado a su contexto y cultura.

Funciones Interpersonales e Intrapersonales del Auto Arma Deliberado (DSH): Un Examen Psicométrico del Inventario de Declaraciones Sobre la Escala de Autolesión (ISAS)

En este estudio se realizó una evaluación psicométrica detallada del Inventario *Declaraciones Sobre Autolesiones (ISAS)*, en donde participaron 201 personas con antecedentes de autolesiones que eran miembros de redes sociales. El objetivo era que la evaluación sirviera para ajustar y cumplir con los principios de medición a través del ajuste de los datos al modelo de medición Rasch (Pallant y Tennant, 2007). Este inventario está compuesto por 12 ítems que evalúan comportamientos auto lesivos y 39 ítems divididos en 13 grupos de 3 ítems en escala Likert de 0 a 2, que contribuyen a identificar el inicio, frecuencia y duración de estos comportamientos. El análisis estadístico se realizó mediante el programa SPSS el cual arrojó un alfa de Cronbach de 0.74; a partir de un análisis factorial exploratorio se confirmó que esta escala consta de dos factores: funciones interpersonales e intrapersonales fundamentados en su consistencia interna ($\alpha = 0.88$ y 0.80 , respectivamente); y la matriz de correlación reveló que la mayoría de los coeficientes estaban por encima de 0.30. Bajo un modelo Rasch y cumpliendo con los supuestos de independencia local, el análisis de los datos en los 13 dominios demostró un ajuste adecuado.

En este estudio se utilizaron dos teorías psicométricas: la TCT, para evaluar consistencia interna de la prueba en general y la TRI, para evaluar las propiedades psicométricas particulares de cada ítem (Kortge, et al., 2013). Al igual que en la escala IDES, en esta investigación se usaron las dos teorías para obtener evidencia empírica de la prueba y de cada ítem; en contraste, esta escala propone solo dos factores influyentes en las conductas auto lesivas, lo que es una perspectiva reduccionista ya que, basados en el modelo arquitectónico de Mack (1986), se afirma que el individuo tiene interacción con más factores que influyen en la aparición de pensamientos que conllevan a autolesionarse.

Marco Metodológico

Diseño

Esta investigación se enmarca en un diseño de tipo instrumental, ya que está inmerso en los lineamientos de elaboración, diseño y adaptación de pruebas, test y cuestionarios en psicología (Ato et al., 2013). Para la presente monografía, la construcción de la escala para evaluar la ideación suicida (IDES) y la estimación de las propiedades psicométricas del instrumento que genere evidencias empíricas para sustentar su uso se realizó a partir de tres fases metodológicas.

Fases Metodológicas

La realización del instrumento se dividió en tres fases:

Fase I: planeación de la prueba: definición operacional del constructo (definición de las variables y diseño de la red nomológica), construcción de la estructura de la prueba y construcción y evaluación de los ítems (redacción del banco de ítems, evaluación por medio de juicio inter-jueces y preparación de la prueba piloto).

Fase II: propiedades psicométricas del estudio piloto: aplicación de la prueba piloto, análisis de consistencia interna, dificultad y discriminación desde la TCT, análisis factorial exploratorio y esquema de la prueba final.

Fase III: evidencias de validez del instrumento: ajuste final de la estructura de la prueba, aplicación del instrumento a muestra de validación, evidencias validez basadas en el contenido mediante un juicio de expertos desde la TCT y la TRI.

Participantes

En el presente estudio, el muestreo utilizado fue de tipo no probabilístico por conveniencia. Debido a las limitaciones para obtener acceso a la población, se tomaron en cuenta individuos que quisieron participar de forma voluntaria (Otzen y Manterola, 2017).

El acuerdo inter jueces de la *Fase I* fue realizado por cuatro docentes de la Universidad de Cundinamarca que contaban con una experiencia mínima de cuatro años en el área de psicología clínica y neurociencias.

En el pilotaje de la *Fase II* participaron 300 estudiantes de la misma universidad de diferentes géneros, y programas académicos, en edades de 18 a 40 años.

Para el proceso de juicio de expertos de la *Fase III*, el instrumento corregido se presentó a cuatro nuevos psicólogos que fueron escogidos de acuerdo con su formación profesional y experiencia en áreas de psicoterapia y psicología clínica. El instrumento final se aplicó a una muestra de validación conformada por 1.074 jóvenes adultos del departamento de Cundinamarca en edades de 18 a 40 años de diferentes géneros, razas, niveles académicos, pertenecientes a la comunidad LGBTIQ, tipo de universidad sin contemplar algún criterio de exclusión sociodemográfico.

Procedimiento

Fase I. Planeación de la Prueba

Definición Operacional del Constructo. Se definió operacionalmente el constructo de ideación suicida y se delimitaron algunos factores de riesgo que pueden ser desencadenantes, para ello, se establecieron los términos claves del constructo en el que se utilizaron conceptos en inglés y en español para ampliar y proceder a su búsqueda, el vocabulario empleado se controló de acuerdo con indexadores, permitiendo mayor selectividad y profundización en la información. Esto se realizó haciendo uso de operadores booleanos como AND, OR, NOT para delimitar la búsqueda; en páginas oficiales se realizó una exploración bibliográfica en revistas indexadas, libros y tesis en bases de datos como Scopus, Springer y EBSCO host, utilizando el algoritmo (Suicid*) AND (Ideation OR attempt OR behavior OR Self-injury OR Self-infliction) AND

(psychological tools OR scale OR test).

A partir de las fuentes de información oficial y las tres bases de datos, se seleccionaron 546 artículos resultantes de la búsqueda del algoritmo y se almacenaron en el software Zotero para su organización. Se seleccionaron los artículos que cumplieran con los siguientes criterios: títulos y resúmenes que en su contenido mencionaran estudios relacionados con construcción de instrumentos de ideación suicida, factores de riesgo, constructos relacionados y medidas de prevención. Posteriormente, los tres investigadores evaluaron los artículos y se llegó a un consenso para incluir en la presente investigación los artículos relacionados con la ideación suicida.

Elaboración de la Red Nomológica. Después de hacer una revisión de algunos modelos teóricos del suicidio, el modelo arquitectónico de Mack (1986) fue escogido como base teórica para la construcción del instrumento, debido a que presenta una visión integradora en lo que corresponde a los factores que influyen en este constructo. Se construyó una red nomológica en la que se definió cada una de estas dimensiones y el contraste con otros rasgos, que permitió definir las relaciones y la independencia de la ideación suicida con otros constructos y variables, concediendo una visión y una guía para el desarrollo de las siguientes fases.

Estructura de la Prueba y construcción de los ítems. Considerando la naturaleza del constructo, se realizó un acercamiento a profesionales con conocimientos enfocados al suicidio y la salud mental con el fin de obtener una visión inicial y orientación del fenómeno. Teniendo en cuenta el enfoque cognitivo conductual, para la construcción de la estructura de prueba se contempló una taxonomía que permitiera evaluar tanto pensamientos como conductas relacionadas con las dimensiones del constructo; además, se planeó construir una distribución equitativa de ítems en las diferentes dimensiones y con redacción tanto inversa como directa para

minimizar el efecto de aquiescencia. Para la taxonomía cognitiva se planteó un mayor número de ítems teniendo en cuenta la naturaleza del constructo, el cual se evidencia mayoritariamente en pensamientos, percepciones y motivaciones. Así mismo, se tomó en cuenta los comportamientos que reflejan ideación suicida en diferentes situaciones y ámbitos de la vida.

Para la construcción de los ítems, con el fin de obtener más información acerca del constructo, se planteó la presencia de 176 ítems intentando distribuirlos de forma equitativa entre cada una de las dimensiones, siendo la forma de respuesta una escala Likert de 5 puntos, donde 1 correspondía a nunca, 2 casi nunca, 3 algunas veces, 4 casi siempre y 5 siempre, la aplicación se realizó de manera individual contemplando un límite de tiempo de 20 minutos, este instrumento es de ejecución típica, ya que evalúa pensamientos y conductas relacionadas directamente con el constructo.

Juicio de Expertos. Se tomó como referencia el formato de “Validez de contenido y juicio de expertos: una aproximación a su utilización” de Escobar y Cuervo (2008) para construir un formato que permitiera orientar la evaluación de los ítems por los jueces y el registro de posibles modificaciones a los ítems correspondientes. El formato se dio a conocer a cada uno de los jueces de manera virtual, con su debida definición para cada dimensión del constructo que permitiera desarrollar un análisis adecuado de los ítems y examinar su pertinencia, relevancia, claridad (para cada ítem) y suficiencia (para cada dimensión). Cada ítem estaba sujeto a cuatro niveles de calificación, donde 4 era la mayor valoración posible, correspondiente a alto nivel y el mínimo era 1, correspondiente a no cumplir con el criterio.

Fase II. Propiedades Psicométricas del Estudio Piloto

Aplicación de la Prueba Piloto. Previo a la aplicación del instrumento y debido a la naturaleza del constructo y a la importancia en la salud pública, se realizó un protocolo de ruta de

acción (apéndice A) y un directorio con centros de atención psicológica del departamento de Cundinamarca, con el fin de remitir a las diferentes líneas de atención de salud mental e instituciones más cercanas a aquellos participantes que solicitaran ayuda o asesoramiento en temas de suicidio después de haber respondido al instrumento IDES. Estas líneas de atención en salud mental se dedican a dar una respuesta inmediata y tienen como función la recepción del caso y la presentación de los primeros auxilios psicológicos en el sitio, traslado del usuario a la IPS para su atención institucional y posterior apoyo psicológico con acompañamiento al núcleo familiar del paciente.

La aplicación del instrumento se realizó mediante una prueba de lápiz y papel, en un espacio cerrado y de forma individual, con un tiempo estimado de 20 minutos y contemplando aspectos éticos del marco legal, como el consentimiento informado, en el que cada participante aceptó la información suministrada de la prueba, objetivos y manejo de la información obtenida, de acuerdo con el Código Deontológico y Bioético para el ejercicio de la profesión de Psicología en Colombia. Las respuestas de los participantes se almacenaron en una base de datos de Excel para obtener un fácil acceso y realizar los análisis correspondientes en los programas estadísticos; para garantizar la calidad de la información y la ausencia de errores en la digitalización, se hizo un cruce de bases de datos por cada investigador.

Análisis Psicométricos. Se desarrollaron los análisis psicométricos desde la TCT para evaluar la discriminación por medio de la correlación de Pearson y la dificultad de los ítems, se realizó un análisis factorial exploratorio por ejes principales con rotación Varimax para identificar las dimensiones que lo componían y evidenciar la dimensionalidad del instrumento, Además, se reportó el índice de consistencia interna del instrumento mediante un Alfa de Cronbach. Los análisis estadísticos se realizaron con el software SPSS Statistics versión 2.0. y,

con base en los resultados obtenidos, se realizó una depuración de los ítems, con el fin de modificar o eliminar aquellos que tenían errores psicométricos y a su vez no aportaban información ni facilitaban la evaluación del constructo.

Fase III: Evidencias de Validez del Instrumento

Aplicación de la Prueba de Validación. Teniendo en consideración que los indicadores psicométricos se pretendían estimar a través de la TRI, se decidió ampliar el tamaño de la muestra en comparación con la aplicación de la fase piloto. Para ello se realizó la difusión del instrumento por medio de la herramienta de Google Forms. Con el fin de incluir y hacer partícipes a las personas en la investigación, el instrumento se difundió en varias páginas oficiales de universidades, alcaldías, bibliotecas y entes gubernamentales de los diferentes municipios de Cundinamarca y Bogotá. Cumpliendo con los lineamientos y normativas del código deontológico y biótico para el desarrollo de la profesión de psicología en Colombia, los participantes se les dio a conocer el objetivo de la investigación antes de dar inicio al desarrollo de la prueba, en la que se contó con la aprobación y consentimiento por parte de cada uno de ellos.

De acuerdo con los referentes teóricos enmarcados en la presente investigación, se vio la necesidad de incorporar preguntas sociodemográficas que podrían aportar información relevante acerca de los factores de riesgo en el suicidio, como lo mencionó De la Torre et al. (2013). Estas fueron: la edad, el estrato socioeconómico, el estado civil, la religión, si pertenecía a un grupo étnico o a la comunidad LBGTIQ y datos académicos como: si actualmente es estudiante universitario, nivel académico, el tipo de universidad y cuántos semestres lleva aprobados.

Teniendo en cuenta la naturaleza del constructo, se contactó con un experto en el área de implementación y evaluación de conductas suicidas, el cual brindó un asesoramiento acerca de

lineamientos éticos en el abordaje de la aplicación de instrumentos virtuales y la evaluación de este constructo sensible, para así realizar el respectivo seguimiento de los participantes que después de realizar la prueba requirieran ayuda psicológica.

En cuanto a la declaración del consentimiento informado, en la parte inicial de la prueba se realizó una descripción breve de la investigación, confidencialidad, participación voluntaria y el contacto de los investigadores y al finalizar el formulario se anexó la pregunta “¿Después de responder este cuestionario usted considera que necesita ayuda psicológica?”; si la respuesta era positiva, se desplegaba un mensaje con datos de contacto con el fin de brindar asesoramiento y apoyo de las líneas de atención en salud mental.

Juicio de Expertos. El objetivo del segundo juicio de expertos fue tomar en consideración la información psicométrica del pilotaje y realizar las últimas modificaciones correspondientes. Este procedimiento se realizó de la misma manera que el juicio-Inter jueces de la Fase I; sin embargo, los nuevos jueces fueron cuatro profesionales con conocimiento especializado en temas de suicidio.

Evidencias de Validez del Instrumento. La versión final del instrumento se aplicó a 1.074 participantes a través de un muestreo por conveniencia. Se corrieron nuevamente análisis estadísticos, pero, a diferencia de la fase de pilotaje se utilizó una correlación biserial puntual para estimar la discriminación. Adicionalmente, se realizó un análisis de los ítems con el modelo de Rasch a través del software Winsteps versión 3.73, en el cual se reportó el mapa de ítems, se revisó el ajuste cercano y lejano de cada ítem a través del método de cuadrados medios y se revisaron las curvas características de los ítems (CCI).

Resultados

Fase I. Planeación de la Prueba

Definición Operacional del Constructo

Posterior a la revisión documental, se obtuvieron 210 artículos vinculados con la ideación suicida, de los cuales 64 tuvieron consenso entre las investigadoras incorporándolos en la construcción teórica del constructo dando cumplimiento a los criterios de inclusión. Finalmente, se realizó la lectura de 57 textos completos que proporcionaron información relevante para el estudio y se revisaron cinco libros, cinco informes gubernamentales y una tesis. La bibliografía revisada y utilizada no supera los diez años de ser publicados, aunque se hizo una excepción en algunos casos por su relevancia y aporte teórico al estudio.

Red Nomológica

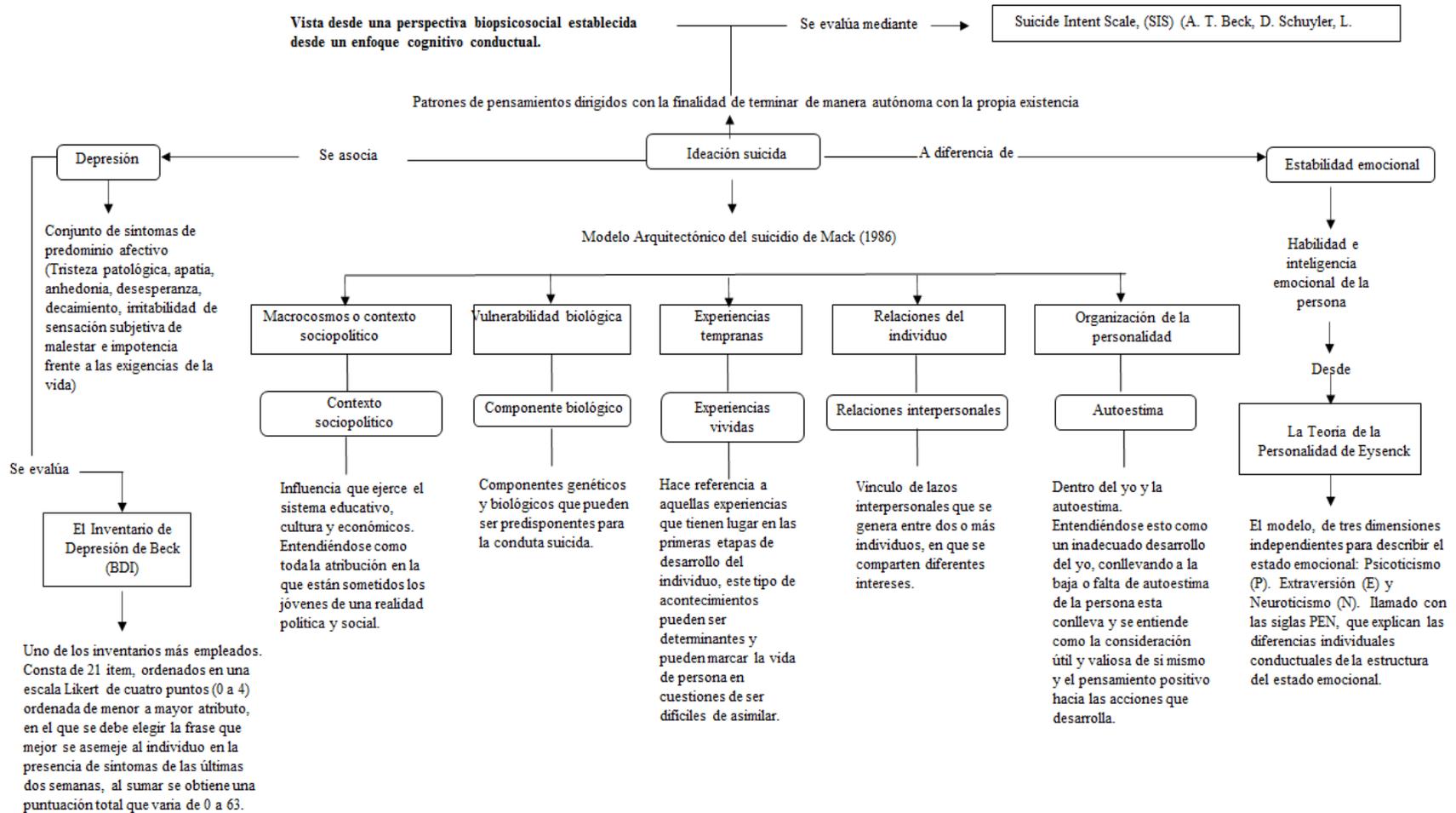
En el Gráfico 5, se ilustra la construcción de la red nomológica para la operacionalización de la ideación suicida y las dimensiones contempladas en la prueba IDES. Las cuales son: (1) autoestima, (2) relaciones interpersonales, (3) experiencias vividas, (4) contexto sociopolítico y (5) componente biológico.

Estructura de la Prueba

En la Tabla 4, se expone el número de ítems que componían las cinco dimensiones: autoestima (36 ítems), relaciones interpersonales (35 ítems), experiencias vividas (35 ítems), contexto sociopolítico (35 ítems) y componente biológico (35 ítems), para un total de 176 ítems para la evaluación del juicio de expertos.

Gráfico 5.

Red nomológica del instrumento de ideación suicida IDES



Nota. Elaboración propia a partir una revisión bibliográfica de los modelos explicativos del suicidio.

Tabla 4.*Estructura de la prueba*

DIMENSIONES	PROCESO/TAXONOMÍA		TOTAL
	Cognitivo	Conductual	
Contexto sociopolítico	15	20	35
Componente biológico	13	22	35
Experiencias vividas	24	11	35
Relaciones interpersonales	18	17	35
Autoestima	19	17	36
TOTAL	89	87	176

Nota. Estructura para la construcción inicial de ítems.

Construcción y Evaluación de los Ítems

Se redactaron 176 ítems teniendo en cuenta la estructura de prueba. En el Gráfico 6, se ilustran dos ejemplos de ítems por cada dimensión: uno para la taxonomía cognitiva y otro para la conductual.

Gráfico 6.*Ejemplos de ítems contemplados en el instrumento IDES*

Nota. los ítems representan una ejemplificación del diseño inicial de la prueba.

En la Tabla 5, se representan algunos ejemplos de la descripción de ítems para cada

dimensión del instrumento, de los cuales 106 eran directos (60%) y 70 inversos (40%), conformando el total de ítems construidos. Para el caso del componente biológico, no se diseñó ningún ítem inverso debido a que, por el contenido de este componente, al construir ítems inversos no se proporcionaba información relevante para la investigación; por ejemplo, el ítem “¿Alguno de sus miembros de su familia consume sustancias psicoactivas?”, de manera inversa sería: “¿Alguno de sus miembros de su familia no consume sustancias psicoactivas?” de esta manera, el ítem no contaría con claridad y podría ser confuso para el lector.

Tabla 5.

Ejemplificación de redacción de ítems inversos y directos del instrumento IDES

DIMENSIONES	POLARIZACIÓN	NUMÉRO DE ÍTEMS	EJEMPLO DE UN ÍTEM
Contexto sociopolítico	Directa	52	<i>Ha tenido amigos que se han intentado suicidar</i>
	Inversa	55	<i>Siente que es útil para la sociedad</i>
Componente biológico	Directa	57	<i>Su salud altera su estado de animo</i>
	Inversa	50	<i>Cuando algo le sale mal intenta mejorarlo</i>
Experiencias vividas	Directa	42	<i>Se aferra a los hechos de su pasado</i>
	Inversa	50	<i>Cree que su familia y amigos estarían mejor sin usted.</i>
Relaciones interpersonales	Directa	21	<i>Disfruta el tiempo que pasa con su familia.</i>
	Inversa	24	<i>Tiene pensamientos negativos hacia usted mismo.</i>
Autoestima	Directa	4	<i>Siente que su vida tiene un propósito.</i>
	Inversa	1	

Nota. Redacción de ítems inversos y directos del diseño inicial del instrumento IDES.

Juicio de Expertos

Los jueces realizaron varias correcciones al instrumento, generando comentarios relevantes en la toma de decisiones en cuanto a la modificación o eliminación de ítems. En los casos en que los ítems tenían poco que ver con el constructo, se eliminaron. También los jueces encontraron ítems que tenían pertinencia, pero no tenían claridad; estos ítems se modificaron de acuerdo con las

observaciones, las cuales fueron: la falta de contexto, especificaciones en el tiempo y la semejanza con otros ítems. En la categoría de claridad, se identificaron algunos problemas en el ajuste al lenguaje de la población; debido a esto, se realizó una adaptación de palabras y/o frases más adecuadas para mayor comprensión de los ítems. Con respecto a la relevancia, los jueces hicieron observaciones en varios ítems que no correspondían o no daban cuenta de ideaciones suicidas. En cuanto a la categoría de suficiencia, los expertos concluyeron que no era necesario incluir nuevos ítems en el instrumento, ya que el banco de ítems disponibles permitió tener una amplia elección por cada dimensión. En el Gráfico 7, se ilustran algunos ejemplos de ítems del resultado final del juicio de expertos, los cuales fueron modificados en la redacción y ajuste del lenguaje.

Gráfico 7.

Ejemplo de algunos ítems contemplados en la versión final de la prueba para la fase de pilotaje



Nota. Elaboración propia a partir de la taxonomía de la escala IDES

Finalizada la valoración de los expertos en la escala de 1 a 4 para cada ítem, se seleccionaron un total de 60 preguntas con un puntaje total o mayor a 40. En las preguntas construidas para el componente de “*autoestima*” no se presentaron inconvenientes con las puntuaciones ponderadas; sin embargo, para “*relaciones interpersonales*” solamente 7 ítems cumplieron con el estándar de 40 puntos o más. En este caso, se revisó nuevamente las observaciones de los expertos para realizar las correcciones pertinentes. A partir de los comentarios propuestos, se modificaron 18 ítems por posible falta de comprensión del lenguaje para la población objetivo y 115 ítems fueron eliminados del instrumento, debido al criterio de presentar bajas puntuaciones en su calificación. A partir de este análisis y los comentarios de los jueces, las dimensiones quedaron establecidas con respecto a la cantidad de ítems, además, se observó que la dimensión de “*autoestima*” tomó más relevancia y volumen en la cantidad de ítems en comparación con las otras dimensiones, debido a que, según la evaluación emitida por parte de los jueces esta posiblemente aportaría más información del constructo.

En la Tabla 6, se muestra la taxonomía del instrumento con respecto al número de ítems que fueron contemplados en la versión final del instrumento IDES para la fase de pilotaje pertenecientes a cada dimensión y si eran parte de un componente cognitivo o conductual.

Tabla 6.

Taxonomía de la estructura final de la prueba para la fase de pilotaje

DIMENSIONES	PROCESO/TAXONOMÍA		
	Cognitivo	Conductual	TOTAL
Contexto sociopolítico	3	2	5
Componente biológico	2	3	5
Experiencias vividas	5	10	15
Relaciones interpersonales	7	8	15
Autoestima	14	6	20
TOTAL	31	29	60

Nota. Elaboración propia de la estructura de la escala IDES.

Fase II: Propiedades Psicométricas de la Prueba Aplicada en la Fase Piloto

Análisis Factorial Exploratorio

En cuanto a los resultados del análisis factorial, el coeficiente Kaiser Meyer-Olkin (KMO) fue de 0.89, lo que indica que las correlaciones entre las variables son mayores en contraste con las relaciones parciales, suponiendo una alta comunalidad entre los ítems. La prueba de esfericidad de Bartlett tuvo una significancia de .00, lo que indica una diferencia significativa entre la matriz de identidad y la matriz de correlación de los ítems, por lo cual se asume que existen correlaciones significativas entre los ítems y se concluye que es viable realizar un análisis factorial.

En la Tabla 7, se evidencia la evaluación de viabilidad del análisis factorial del instrumento IDES.

Tabla 7.

Índice de viabilidad del análisis factorial con 60 ítems

<i>Prueba estadística</i>	<i>Valor</i>
Medida de adecuación de muestreo Kaiser-Meyer-Olkin	.89
Prueba de esfericidad de Bartlett	
Grados de libertad	1770
Significancia	.00

Mediante la factorización por ejes principales, se encontró un porcentaje de varianza total explicada de 23.95% por el primer factor y del 4.67% por el segundo factor; al realizar una rotación oblicua por el método de Varimax, se encontró una varianza total explicada de 13.23 en el primer factor y de 4.91 en el segundo factor evidenciado en la Tabla 8.

Tabla 8.

Total de varianza explicada con método de extracción por factorización de ejes principales (FEP), sin rotar y con rotación (ortogonal)

Factor	Varianza explicada con método de extracción por FEP sin rotar	Varianza explicada con método de extracción por FEP con rotación <i>Varimax</i>
--------	---	---

	Valor propio	% varianza explicada	% varianza Acumulado	Valor Propio	% varianza Explicada	% varianza Acumulado
1	14.37	23.95	23.95	7.94	13.23	13.23
2	2.80	4.67	28.63	2.94	4.91	18.14
3	2.32	3.88	32.51	2.00	3.33	21.47
4	1.94	3.24	35.76	1.96	3.27	24.75
5	1.83	3.06	38.82	1.87	3.12	27.87

Análisis de las Matrices Factoriales

En la Tabla 9, se visualizan las matrices factoriales de los cuatro primeros factores con y sin rotación para el total de ítems. En el análisis factorial sin rotar se puede asumir que hay unidimensionalidad en el instrumento, pues la varianza total explicada del primer factor es cuatro veces mayor en comparación con la del segundo factor, siendo este el modelo más parsimonioso. Este supuesto no se cumple en la matriz rotada. De la matriz de extracción, 50 ítems tenían cargas superiores a 0.30 en el primer factor, a diferencia de la matriz rotada en la que solo 27 ítems tuvieron esta característica para el primer factor. Por último, en la matriz sin rotar se encontraron 10 ítems que se estaban agrupando significativamente en un segundo factor, pero también cargaron significativamente en el primer factor, esto se podría considerar un factor de segundo orden, debido a que ofrece información valiosa del fenómeno, donde se evidencia manifestaciones diferentes al del factor general.

Revisando el contenido de estos 10 elementos, se encuentran ítems como: “7. *He atentado contra mi vida*” de la dimensión de *autoestima*, “41. *Ha experimentado ganas de terminar con su vida*”, “45. *Ha sufrido maltrato físico verbal o psicológico por alguna persona*”, “46. *suele poner en riesgo su vida*”, “47. *Alguna vez ha tenido la necesidad de cortarse voluntariamente para sentirse mejor*” y “49. *Alguna vez se ha intentado suicidar*” de *experiencias vividas*, así mismo, se encontró para la dimensión de *contexto sociocultural* los ítems de “52. *Ha tenido amigos que se han intentado suicidar*”, “53. *En internet ha visto como personas se suicidan*” y

por último para el *componente biológico* “57. *alguno de sus familiares ha intentado suicidarse*” y “60. *alguno de sus familiares ha padecido una enfermedad mental como depresión, trastornos del estado de ánimo, ansiedad etc.*”.

Tabla 9.

Análisis de las matrices factoriales con método de extracción por factorización de ejes principales (FEP), sin rotar y con rotación (ortogonal)

Matriz factorial FEP sin rotar					Matriz factorial FEP rotada					Matriz factorial FEP sin rotar					Matriz factorial FEP rotada							
Ítem	F1	F2	F3	F4	F5	F1	F2	F3	F4	F5	Ítem	F1	F2	F3	F4	F5	F1	F2	F3	F4	F5	
1AU	.55					.53					31RI	0,39			.57	-.35						.76
2AU	.72					.70					32RI											
3AU	.67					.66					33RI	.36									.34	
4AU	.48					.44					34RI	.54					.37			.40		
5AU	.50					.40					35RI											
6AU											36RI	.30										
7AU	.48	.46					.67				37RI											
8AU	.64					.50					38RI			.45						.49		
9AU	.62					.64					39RI	.36		.47			.30			.51		
10AU	.50					.60					40EX	.47										
11AU	.71					.71					41EX	.65	.41				.40	.66				
12AU	.66					.51	.34				42EX	.54					.34			.40		
13AU	.51					.41					43EX	.71					.55	.32				
14AU	.66					.60					44EX	.56					.38				.48	
15AU	.63					.60					45EX	.38	.32					.44				
16AU	.30										46EX	.40	.32					.40			.40	
17AU	.67					.70					47EX	.41	.44					.57				
18AU	.56					.53					48EX											
19AU	.62					.61					49EX	.49	.49			-.34		.73				
20AU	.59					.60					50EX	.46									.41	
21RI	.57					.45					51CS	.58					.47				.38	
22RI	.47								.33		52CS	.25	.28					.34				
23RI	.37								.49		53CS	.28	.29					.35				
24RI	.45					.32			.45		54CS										.30	
25RI	.37										55CS	.72					.62				.34	
26RI	.47			.31						.40	56CB											
27RI	.44								.40		57CB									.348		
28RI	.31								.40		58CB	.38	.25									
29RI										.37	59CB	.44						.33		.39		
30RI	.54			.54						.74	60CB		.30					.35				

Alfa de Cronbach

A partir del análisis factorial realizado anteriormente, se evidencio unidimensionalidad en el constructo cumpliendo el supuesto requerido para utilizar el estadístico de consistencia interna, se obtuvo un Alfa de Cronbach por cada uno de los componentes de la prueba ilustrado en la Tabla 10, además, se reportó un Alfa de Cronbach de 0.92 para el total de los 60 elementos contemplados en la prueba, demostrando un alto índice de consistencia interna y un bajo grado de variabilidad entre los ítems.

Tabla 10

Número de ítems por cada dimensión, reportando a su vez su confiabilidad

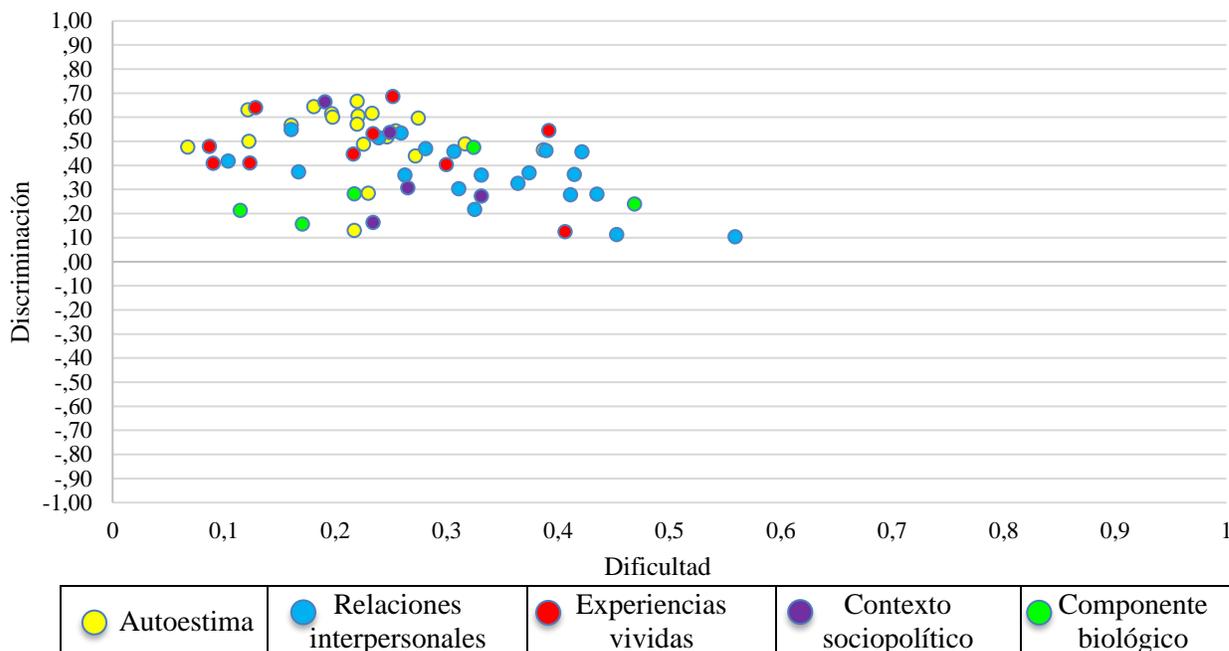
Dimensión	Número de ítems	Índice de confiabilidad por cada dimensión
Autoestima	20	0.89
Relaciones Interpersonales	20	0.78
Experiencias vividas	10	0.75
Contexto sociopolítico	5	0.44
Componente Biológico	5	0.57

Nota. Elaboración propia a partir de las dimensiones contempladas en la escala IDES

Realizando las respectivas correcciones, modificaciones y depuración de los ítems sugeridos por los jueces para la fase de pilotaje, se aplicó el instrumento a la muestra ($n = 300$). Para una mejor comprensión de la media, entendiéndose esta como el nivel de atracción de los ítems sobre los polos de respuesta; se transformó a una escala de 0 a 1, con respecto a su versión original de 1 a 5, siendo este último en el que la media de los ítems oscilaba entre 1.27 y 3.24 y en la estandarizada entre 0.06 y 0.55, entendiendo el 1 como el mayor índice de la media. En el Grafico 8, se puede observar la media de los ítems en contraste con la discriminación y la confiabilidad por cada una de las dimensiones contemplados en la prueba.

Gráfico 8.

Contraste de la dificultad y discriminación de los ítems de la escala IDES



Los ítems que obtuvieron dificultades medias en las correlaciones con la prueba oscilaban entre 0.10 y 0.68, de los cuales 47 ítems presentaron discriminaciones medias y 13 ítems discriminaciones bajas (por debajo de 0.30). Los ítems del componente de *autoestima* fueron los más destacados del instrumento, en el que su mayoría obtuvieron discriminaciones por encima de 0.30; en conjunto, estos ítems obtuvieron el estadístico de confiabilidad más alto de todos los componentes con un coeficiente de 0.89; los ítems de *relaciones interpersonales* se ubicaron con discriminaciones y dificultades medias, a pesar de que seis de ellos no cumplían con los estándares de discriminación por encima de 0.30 y se reportó para este componente un Alfa de Cronbach de 0.78.

En el componente de *experiencias vividas* se excluyó un ítem que no cumplía con una discriminación por encima de 0.30. Se obtuvo un Alfa de Cronbach de 0.75. Por último, los ítems que hacían parte de *contexto sociopolítico* y *componte biológico* fueron los menos destacados del instrumento; aunque los ítems de *componente sociopolítico* obtuvieron un índice

más cercano a dificultades medias en comparación con los del *componente biológico*, no se puede decir lo mismo en lo que corresponde a la confiabilidad, pues el índice de consistencia interna para el *componente biológico* fue más alto, con un coeficiente de 0.57.

La dimensión de *autoestima* presentó en general un comportamiento psicométrico favorable. En la Tabla 11, se detalla el contenido de los ítems del componente de *autoestima*, señalando su dificultad y discriminación, ordenando esta última de mayor a menor. Los ítems que eran inversos no generaron confusión en su comprensión.

Tabla 11.

Ítems de autoestima contemplando la discriminación y dificultad

<i>AUTOESTIMA</i>		Media	Media estand. 0-1	Disc.
2	¿Se siente seguro de sí mismo?	1.88	0.22	0.67
11	¿Se siente feliz con su vida?	1.72	0.18	0.64
12	¿Siente que su vida es un fracaso?	1.49	0.12	0.63
8	¿Manifiesta sentimientos de desesperanza?	1.93	0.23	0.62
3	¿Siente que su vida es útil para la sociedad?	1.79	0.20	0.62
17	¿Tiene confianza en sí mismo?	1.88	0.22	0.61
14	¿Se identifica como una persona valiosa?	1.79	0.20	0.60
15	¿Siente satisfacción en las actividades que desarrolla a diario?	2.10	0.27	0.60
19	¿Le gusta su apariencia física?	1.88	0.22	0.57
9	¿Considera que es una persona capaz de cumplir sus propósitos a nivel personal, familiar y frente al desarrollo profesional?	1.64	0.16	0.57
20	¿Considera que hace las cosas bien?	2.02	0.25	0.54
18	¿Se siente querido por los demás?	1.99	0.25	0.52
1	¿Siente que su vida tiene un propósito?	1.49	0.12	0.50
5	¿Tiene pensamientos negativos hacia el futuro?	2.27	0.32	0.49
13	¿Piensa que independientemente de lo haga va a fallar?	1.90	0.23	0.49
7	¿Ha atentado contra su vida?	1.27	0.07	0.48
4	¿Tiene pensamientos negativos hacia usted mismo?	2.55	0.39	0.46
10	¿Considera que toma buenas decisiones en los momentos cruciales de su vida como la carrera profesional, la elección de sus amistades, la relación con sus padres?	2.09	0.27	0.44
16	¿Se siente inútil?	1.92	0.23	0.28
6	¿Tiene metas propuestas para desarrollar a largo plazo a nivel personal, familiar, profesional o laboral?	1.87	0.22	0.13

Nota. Los números en negrita corresponden a los ítems con redacción inversa.

Respecto a la media de los ítems, estos obtuvieron indicadores medios-bajos, lo que indica que no se presentaron dificultades en su comprensión; por ejemplo, el ítem con menor dificultad

fue “*¿Tiene pensamientos negativos hacia usted mismo?*” (de 0.39) y el ítem con mayor dificultad fue “*¿Ha atentado contra su vida?*” (de 0.07), donde se atribuye su comportamiento a que no es común encontrar este tipo de característica o realización de aquellas conductas en la población de estudio. Se observó que aquellos ítems con redacción inversa presentaban niveles de dificultad más altos en comparación con los de redacción directa, pues únicamente para esta dimensión fueron redactados 6 con polarización directa y al ser contrastado con la cantidad de ítems directos, estos serían sobresalientes en un índice mayor en lo corresponde a su dificultad.

Los ítems que presentaron las discriminaciones más bajas de la dimensión autoestima fueron: “*¿Tiene metas propuestas para desarrollar a largo plazo a nivel personal, familiar, profesional o laboral?*” (de 0.13) y el ítem “*¿se siente inútil?*” (de 0.28), los cuales, probablemente fueron afectados por su estructura y contenido. Por ejemplo, en el ítem “*¿Tiene metas propuestas para desarrollar a largo plazo a nivel personal, familiar, profesional o laboral?*” no se logra establecer en cuál de los cuatro aspectos el participante consideró sus metas a largo plazo, pues tal vez al momento de marcar la respuesta pudo haber tomado solo uno o dos aspectos y, por ello, pudo haber generado confusión al momento de contestar. Respecto al ítem “*se siente inútil*”, se encontró que, al momento de la tabulación, las personas lo estaban interpretando como un ítem inverso y esto pudo también generar confusión al momento de responder, se atribuye también que un índice de discriminación baja para este, es que no se deja un contexto claro o de donde el lector o ejecutor de la prueba pueda tomar de referencia la descripción del ítem, pues es muy ambiguo y no presentan claridad en su estructura, un factor determinante y de gran importancia en lo que corresponde a la construcción de una prueba.

En la Tabla 12, se detalla el contenido de los ítems para la dimensión de *relaciones interpersonales*; en lo que corresponde a la dificultad y la discriminación, ordenando esta última de mayor a menor.

Tabla 12.

Ítems de relaciones interpersonales contemplando la discriminación y dificultad

RELACIONES INTERPERSONALES		Media	Media estand. 0-1	Disc.
35	¿Le da importancia a la opinión de los demás?	3.24	0.56	0.55
37	¿Cuándo tomas las decisiones se deja llevar por otras personas?	2.81	0.45	0.53
29	¿Le es fácil entablar relaciones amistosas en el trabajo o lugar de estudio? ¿Establece relaciones de amistad en su estudio o trabajo?	2.3	0.33	0.51
38	¿Suele afectarle emocionalmente cuando las personas le dejan de hablar o se alejan de usted?	2.65	0.41	0.47
36	¿Dedica el menor tiempo posible a las redes sociales ya que para usted es más importante compartir presencialmente con sus amigos?	2.74	0.43	0.46
32	¿Tiene discusiones con personas de su entorno cercano regularmente y tarda mucho tiempo en reconciliarse?	2.24	0.31	0.46
30	¿Se relaciona con facilidad con personas de su edad?	1.96	0.24	0.46
28	¿Se siente de mal humor cuando alguien se opone a sus ideas y no es flexible a llegar a un acuerdo?	2.46	0.36	0.42
31	¿Hace amigos fácilmente?	2.05	0.26	0.37
39	¿Le afecta de manera negativa sentirse excluido por sus amigos?	2.66	0.41	0.37
25	¿Se le dificulta establecer relaciones sentimentales o amorosas?	2.5	0.37	0.36
23	¿Disfruta el tiempo que pasa con sus amigos?	1.67	0.17	0.36
24	¿Disfruta el tiempo que pasa con su familia?	1.42	0.10	0.33
27	¿Siente con frecuencia que necesita un escape a situaciones específicas de su vida?	2.69	0.42	0.3
22	¿Se distancia de su familia, amigos y contextos sociales?	2.23	0.31	0.28
40	¿Le resulta difícil pedirles ayuda a los demás?	2.56	0.39	0.28
26	¿En momentos en que tiene que compartir con un grupo siente preocupación intensa y persistente (le es difícil compartir con un grupo social)?	2.13	0.28	0.22
34	¿Cada vez que realiza una actividad en grupo piensa que la está realizando mal?	2.04	0.26	0.11
21	¿Cree que su familia y amigos estarían mejor sin usted?	1.64	0.16	0.1

Nota. Los números en negrita corresponden a los ítems con redacción inversa.

Los ítems de la dimensión de *relaciones interpersonales* presentaron un comportamiento psicométrico óptimo, se encontró que cinco de ellos presentaban discriminaciones bajas, donde se encontraban el ítem “¿Se distancia de su familia, amigos y contextos sociales?”, “¿Le resulta difícil pedirles ayuda a los demás?”, “¿En momentos en que tiene que compartir con un grupo siente preocupación intensa y persistente (le es difícil compartir con un grupo social)?”,

“¿Cada vez que realiza una actividad en grupo piensa que la está realizando mal?” y por último “¿Cree que su familia y amigos estarían mejor sin usted?”; los cuales tenían en particular su forma de redacción directa; realizando un análisis, aquellos ítems tenían distintas discriminaciones, tanto como distintas dificultades, aunque resulta difícil esclarecer una tendencia que busque explicar su comportamiento, una hipótesis se deriva que aquellos ítems no se encontraban relacionados en primera instancia o en función de establecer algún tipo de relación interpersonal con uno o más individuos, sino posiblemente estaban orientados a la percepción cognitiva, pensamiento, nivel de autonomía a la hora de tomar una decisión que implique o conlleve tomar distancia a la hora de establecer relaciones con los demás; también es importante evaluar los indicadores psicométricos de estos ítems, para saber si su forma de presentación pudo tener alguna influencia en la comprensión del ítem. En relación con los ítems directos, la dificultad se encontraba en un estándar medio-bajo, lo que demuestra que no se presentaron errores en su comprensión.

En cuanto a la dificultad, con un indicador de 0.56, el ítem “¿Le da importancia a la opinión de los demás?” (ítem más fácil) y 0.10 ¿Disfruta el tiempo que pasa con su familia? (ítem más difícil) un indicador que resulta ser informativo, pues, en la población de estudio muy pocos participantes presentaban poca atracción hacia este tipo de pregunta, convirtiéndose este último en un indicador psicométrico curioso e inesperado, pues se esperaba que este tipo de características hubiese sido común encontrarla en la población de estudio, a pesar de obtener un comportamiento contrario, resulta ser un hallazgo novedoso en lo que corresponde al contexto para la evaluación de la ideación suicida.

En la Tabla 13, se detalla el contenido de los ítems para la dimensión de *experiencias vividas*, en lo que corresponde a la dificultad y discriminación, ordenando esta última de mayor a menor.

Tabla 13.*Ítems de experiencias vividas contemplando la discriminación y dificultad*

	<i>EXPERIENCIAS VIVIDAS</i>	Media	Media estand. 0-1	Disc.
46	¿Suele poner en riesgo su vida?	1.49	0.12	0.69
48	¿Algún familiar con un vínculo fuerte a usted ha fallecido?	2.63	0.41	0.64
45	¿Ha sufrido de maltrato físico, verbal o psicológico por alguna persona?	2.20	0.30	0.54
47	¿Alguna vez ha tenido la necesidad de cortarse voluntariamente para sentirse mejor?	1.36	0.09	0.53
50	¿Cuándo algo le sale mal, intenta mejorarlo?	1.86	0.22	0.48
49	¿Alguna vez se ha intentado suicidar?	1.35	0.09	0.45
44	¿Piensa cosas positivas acerca de su vida?	1.94	0.23	0.41
42	¿Se aferra a los hechos del pasado?	2.57	0.39	0.41
41	¿Ha experimentado ganas de terminar con su vida?	1.51	0.13	0.40
43	¿Piensa cosas negativas acerca de su vida?	2.01	0.25	0.12

Nota. Los números en negrita corresponden a los ítems con redacción inversa.

Los ítems de la dimensión *experiencias vividas* presentaron un comportamiento psicométrico sobresaliente en lo que corresponde a la discriminación y no se presentaron confusiones en su contenido. A pesar de que el coeficiente de confiabilidad no obtuvo un puntaje alto para esta dimensión, en comparación con las demás (*autoestima* y *relaciones interpersonales*), se mantuvieron dentro de los estándares todos los ítems de la dimensión que presentaron discriminaciones por encima de 0.30, a excepción del ítem *¿piensa cosas negativas acerca de su vida?*, con un índice de 0.12, lo que genera debate, pues se esperaría de este un comportamiento contrario. 0.12 fue el indicador de dificultad para *¿Suele poner en riesgo su vida?* (el ítem más difícil) y 0.41 para el ítem *¿Algún familiar con un vínculo fuerte a usted ha fallecido?* (el ítem más fácil).

Los índices menos favorables de confiabilidad resultaron para las dimensiones de *contexto sociopolítico* y *componente biológico*, indicadores por debajo de 0.50; se observó que dichas dimensiones presentaron un número de ítems menor en comparación con las otras. En la discriminación para el componente de *contexto sociopolítico*, dos ítems presentaron indicadores por debajo de la media (valores por debajo de 1.27 y 3.24, establecidos dentro de su media original, y 0.06 y 0.55, en la escala estandarizada). En lo que corresponde a la dificultad de estas dos dimensiones, se obtuvieron indicadores bajos en contraste con las otras dimensiones de la prueba (0.11 y 0.47). En la Tabla 14, se observa el contenido de los ítems para la dimensión de *contexto sociopolítico*, en lo que corresponde a la dificultad y discriminación ordenando esta última de mayor a menor.

Tabla 14.

Ítems de contexto sociopolítico contemplando la discriminación y dificultad

CONTEXTO SOCIOPOLÍTICO		Media	Media estand. 0-1	Disc.
54	¿El lugar o barrio donde vive actualmente lo considera apropiado para su bienestar?	1.94	0.23	0.66
52	¿Ha tenido amigos que se han intentado suicidar?	2.32	0.33	0.53
53	¿En internet ha visto como personas se suicidan?	2.06	0.26	0.30
51	¿Encuentra solución a los problemas de su vida?	2.00	0.25	0.27
55	¿Siente que usted es útil para la sociedad?	1.76	0.19	0.16

Nota. Los números en negrita corresponden a los ítems con redacción inversa.

El *componente biológico* presentó ítems con una discriminación por debajo de 0.30, a excepción del ítem *¿Alguno de los miembros de su familia consume sustancias psicoactivas?*, con un índice de 0.48, por tal motivo, resulta ser este el componente menos representativo del instrumento, pues su dificultad era baja. Esto refleja un comportamiento atípico con relación a los referentes teóricos, pues, estas dos dimensiones juegan un papel importante para la evaluación de la ideación suicida, premisa que no se evidencia. Posiblemente, este comportamiento se deba a que los ítems para el componente biológico no agrupan los

pensamientos o acciones dirigidos al examinado directamente, pero si al ambiente en el que se desenvuelve, siendo predictores insuficientes para el constructo. Por otro lado, los ítems del contexto sociopolítico probablemente están guiados a situaciones externas que vive la persona, tal vez en esta muestra en particular estas situaciones no generan un malestar directo y si una disposición altruista, como refleja en el ítem *¿Ha tenido amigos que se han intentado suicidar?* Con respecto al ítem *¿Encuentra solución a los problemas de su vida?*, la descripción no deja claro un contexto específico en el cual se pueda estar presentando este acontecimiento y posiblemente sea un error en la estructura del ítem y no tanto en la presencia de la ideación suicida. En la Tabla 15, se observan las discriminaciones y las dificultades obtenidas en este componente.

Tabla 15.

Ítems de componente biológico contemplando la discriminación y dificultad

COMPONENTE BIOLÓGICO		Media	Media estand. 0-1	Disc.
56	¿Alguno de los miembros de su familia consume sustancias psicoactivas?	1.68	0.17	0.48
58	¿Alguno de sus familiares ha intentado suicidarse?	1.46	0.11	0.28
57	¿Su salud altera su estado de ánimo?	2.88	0.47	0.24
60	¿Alguno de sus familiares ha padecido una enfermedad mental como la depresión, trastornos del estado de ánimo, ansiedad etc...?	1.87	0.22	0.21
59	¿Se siente enfermo constantemente o siente que su cuerpo no está lo suficientemente sano?	2.30	0.32	0.16

Fase III: Evidencias de Validez basada en el contenido

En la fase inicial de la construcción del instrumento, los ítems eran de carácter politómico en una escala Likert de 5 puntos y estaban redactados en forma de pregunta. De acuerdo con los resultados del análisis factorial de la fase de pilotaje y las evidencias de validez basadas en el juicio de expertos con el fin de modificar el instrumento, por esta razón, no se estimó un acuerdo Inter-jueces; los ítems fueron redactados nuevamente en forma de afirmaciones y las opciones de respuesta en una escala de tipo dicótoma de verdadero (V) y falso (F). Por ejemplo, el ítem

“¿Piensa que independientemente de lo que haga va a fallar?”, pasó a “Pienso que independientemente de lo que haga voy a fallar”; estos cambios se realizaron porque en algunos ítems no era posible responder de forma politómica, ya que la respuesta era naturalmente dicótoma. Por ejemplo, el ítem “¿Me he intentado suicidar”? no tenía sentido dejarlo en una escala Likert de frecuencia de 1 a 4, pues refleja una situación de haberse o no realizado en algún momento de la vida.

Indicadores de consistencia interna

Nuevamente se corrieron los estadísticos de confiabilidad para la muestra de validación, Se realizó un análisis de cada ítem mediante los siguientes estadísticos para obtener más información acerca de su comportamiento individual, indicando un coeficiente Kuder Richardson de 0.91, lo cual señala poca variabilidad en los ítems y manteniéndose en estándares altos de consistencia interna. Para confirmar la unidimensionalidad del instrumento depurado, fue pertinente realizar la KMO y la prueba de esfericidad de Bartlett representada en la Tabla 16, las cuales arrojaron resultados favorables que indicaban viabilidad para realizar nuevamente el análisis factorial.

Tabla 16.

Índice de viabilidad del análisis factorial con 39 ítems

<i>Prueba estadística</i>	<i>Valor</i>
Medida de adecuación de muestreo Kaiser-Meyer-Olkin	,89
Prueba de esfericidad de Bartlett	
Grados de libertad	1770
Significancia	,00

Evidencia de validez basada en la estructura interna del instrumento

Para identificar homogeneidad de los ítems en cada dimensión, se realizó un análisis factorial exploratorio, en el cual los 39 ítems presentaban cargas en el primer factor, continuando con el

criterio de exclusión, se eliminaron los ítems que tenían cargas factoriales por debajo de 0.30, como lo son: “Me gusta mi apariencia física” seguramente, el ítem se relaciona con temas de imagen que no son determinantes a la hora de manifestar pensamientos suicidas, ya que la inconformidad con la apariencia puede estar relacionada con estereotipos o algún otro tipo de influencia externa, “Me siento de mal humor cuando alguien se opone a mis ideas” este ítem podría estar evaluando a las personas que tienen un pensamiento poco flexible y se le dificulta llegar acuerdos, lo que puede ser un rasgo predominante de su personalidad, “últimamente he sufrido de maltrato físico, verbal o psicológico por una persona” probablemente en el contexto colombiano el maltrato ha sido un fenómeno normalizado en sus diferentes expresiones, además, no es una de las causas principales de muerte por suicidio por lo cual este ítem no brinda información suficiente para la evaluación de la ideación suicida, y “Me suelo sentir mejor estando solo” si bien la compañía es un elemento importante en el desarrollo del individuo, existen algunas personas que han desarrollado estrategias en las que disfrutan de su misma compañía, en contraste, algunas personas que interactúan constantemente con los demás pueden presentar sentimientos de soledad.

De los 35 ítems que cargaban en el primer factor, se observó que cinco ítems tenían cargas mayores en otros factores, por ejemplo, en el factor 3, los ítems “Me afecta excesivamente sentirme excluido por personas que considero importantes para mí”, “Me afecta demasiado las opiniones negativas de los demás” y “Me siento muy mal cuando las personas me dejan de hablar o se alejan de mí”, están evaluando la importancia que el individuo a las opiniones y comportamientos de los demás, lo que sería probablemente un componente más de tipo social. En el factor 4, los ítems “Hago amigos fácilmente” y “Se me hace difícil compartir con un grupo social” podrían estar asociados a las habilidades sociales que tiene el individuo para interactuar

con otros; finalmente estos ítems fueron eliminados ya que no evalúan directamente el constructo.

De la depuración final quedaron 30 ítems, dos de estos tuvieron cargas en el segundo factor, siendo estas menores a las del primer factor, por lo cual no se contempló su eliminación debido a que la información que proporcionaban era relevante y estaban relacionados con conductas suicidas. En la Tabla 17, se observa el análisis factorial exploratorio por medio de un método de factorización de ejes principales sin rotación, contemplando las cargas factoriales y el avance de depuración de 35 a 30 ítems considerados en la versión final del instrumento.

Tabla 17.

Matriz factorial a partir del método de factorización por ejes principales; versión final del instrumento

Matriz factorial FEP sin rotar 35 items						Matriz factorial FEP sin rotar 30 items					
Item	F1	F2	F3	F4	F5	Item	F1	F2	F3	F4	F5
Item 2	0.37					Item 2	0.37				
Item 3	0.48					Item 3	0.49				
Item 4	0.50					Item 4	0.50				
Item 5	0.55					Item 5	0.55				
Item 6	0.53					Item 6	0.54				
Item 7	0.67					Item 7	0.67				
Item 8	0.44					Item 8	0.44				
Item 9	0.31					Item 9	0.30				
Item 10	0.45					Item 10	0.45				
Item 11	0.46	-0.70				Item 11	0.47	0.74			
Item 13	0.50					Item 13	0.48				0.30
Item 14	0.49					Item 14	0.49				
Item 15	0.67					Item 15	0.67				
Item 16	0.72					Item 16	0.74				
Item 17	0.40					Item 17	0.37				
Item 18	0.65					Item 18	0.66				
Item 19	0.66					Item 19	0.67				
Item 20	0.56				0.34	Item 20	0.56				
Item 21	0.44					Item 21	0.42		0.38		
Item 22	0.54					Item 22	0.54				
Item 23	0.33					Item 23	0.31				
Item 24	0.36					Item 24	0.37				
Item 26	0.60					Item 26	0.60				
Item 28	0.68					Item 28	0.69				
Item 29	0.68					Item 29	0.68				
Item 30	0.69					Item 30	0.69				
Item 31	0.52	-0.70				Item 31	0.53	0.74			
Item 32	0.67					Item 32	0.68				
Item 33	0.64					Item 33	0.64				
Item 35	0.42					Item 35	0.41		0.36		
Item 1	0.31			0.44							
Item 12	0.39		0.49								
Item 25	0.37		0.55								
Item 27	0.38		0.52								
Item 34	0.43			0.55							

Evidencias de comportamiento psicométrico de los ítems desde la TRI.

Análisis de Indicadores Psicométricos en la TRI

En la Tabla 18, se ilustran los resultados obtenidos mediante el análisis de los ítems con el modelo de Rasch, se encontró que los ítems ajustados se encuentran entre 0.70 y 1.30 comportándose de una forma razonable a lo esperado, representando el 96% de ítems admitidos en la prueba, en general, el rango de los valores del ajuste cercano (*Infit*) estuvieron entre 1.28 y 0.70 siendo índices productivos para la medición, a diferencia del 4% de ítems que mostraron un desajuste, por ende son datos con un comportamiento difícil de predecir y no es satisfactorio para la medición.

Con relación al (*outfit*), se examinó los ítems que obtuvieron un ajuste óptimo y el rango estuvo entre 1.23 y 0.70 de los cuales quince ítems mostraron desajustes de acuerdo con el parámetro de medida, representando el 50%; quince ítems presentaron un adecuado ajuste al modelo representando el 50% de la prueba restante.

En cuanto al ajuste de los ítems, se excluyeron cinco que tuvieron desajuste cercano por encima de 1.30 en cuadrados medios, para mejorar la bondad psicométrica del instrumento. Esta información se corroboró desde la TCT, pues estos tuvieron discriminaciones inferiores a 0.30 y desde la TRI revisando las CCI. En cuanto a la dimensionalidad, el porcentaje de varianza explicada por las mediciones fue de 34.7%, el cual es aceptable para un instrumento que está en fase de experimentación ya que indica que la proporción de ítems están cargando en el primer factor.

Tabla 18.*Indicadores psicométricos de la TCT y la TRI*

ITEM	Teoría Clásica de los Test-TCT				Teoría de la Respuesta al Ítem - TRI			
	Media	Desv.	Correlación	Alfa de Cronbach	Dificultad	Infit	Outfit	Error
29 Pienso que independientemente de lo que haga voy a fallar	.12	.33	.59	.91	4.12	.81	.54	.19
10 Me he intentado suicidar	.13	.33	.41	.92	4.00	1.13	.85	.18
27 He atentado contra mi vida	.15	.36	.46	.91	3.57	1.08	.82	.17
17 Siento que mi vida es un fracaso	.16	.36	.60	.91	3.54	.78	.74	.17
4 Considero que he tenido motivos suficientes para terminar con mi vida	.17	.38	.51	.91	3.32	.97	1.18	.17
24 Creo que mi familia y amigos estarían mejor sin mi	.18	.38	.64	.91	3.31	.75	.48	.17
13 Siento que todo lo que realizo me sale mal	.18	.38	.64	.91	3.29	.80	.51	.16
28 Tengo pensamientos negativos hacia mi futuro	.19	.39	.62	.91	3.10	.80	.57	.16
9 Me siento inútil en las actividades que desempeño diariamente	.18	.39	.43	.92	3.05	1.12	1.60	.16
12 He tenido la intención de agredirme voluntariamente para sentirme mejor	.22	.42	.46	.91	2.62	1.09	1.11	.15
18 Manifiesto sentimientos de desesperanza	.28	.45	.54	.91	1.91	.94	.89	.14
11 Pierdo la esperanza cuando algo me sale mal	.37	.48	.50	.91	1.15	1.06	1.14	.13
1 Frecuentemente pienso cosas negativas acerca de mi vida	.45	.50	.39	.92	.38	1.20	1.75	.13
15 Me aferro a los hechos de mi pasado	.46	.50	.40	.92	.29	1.18	1.36	.13
8 Me resulta difícil pedirle ayuda a los demás	.51	.50	.34	.92	-.10	1.28	1.52	.13
30 Me suelo distanciar de mi familia, amigos o personas cercanas por decisión propia	.51	.50	.44	.92	-.16	1.07	1.19	.13
21 Se me dificulta establecer relaciones sentimentales	.55	.50	.35	.92	-.51	1.22	.166	.13
19 Siento con frecuencia que necesito un escape a situaciones específicas de mi vida	.62	.49	.45	.91	-1.10	.97	.99	.13
5 Siento satisfacción en las actividades que desarrollo a diario	.26	.44	.51	.91	-2.13	1.01	.93	.14
20 Siento que soy útil para la sociedad	.26	.44	.51	.91	-2.24	1.03	1.03	.14
2 Suelo tomar buenas decisiones en momentos importantes de mi vida	.26	.44	.46	.91	-2.27	1.11	1.23	.14
6 Con frecuencia pienso cosas positivas acerca de mi vida	.24	.43	.62	.92	-2.42	.80	.62	.15
25 Tengo confianza en mí mismo	.22	.42	.64	.91	-2.57	.80	.64	.15
14 Me siento feliz con mi vida	.22	.42	.66	.91	-2.69	.70	.52	.15
16 Me identifico como una persona valiosa	.21	.41	.60	.91	-2.79	.84	.63	.15
7 Me siento querido por la mayoría de las personas cercanas a mi vida	.21	.41	.42	.92	-2.79	1.19	1.18	.15
26 Considero que hago las cosas bien	.18	.39	.63	.91	-3.18	1.78	.57	.16
23 Suelo encontrar solución a los problemas de mi vida	.15	.36	.56	.91	-3.58	.87	.70	.17
3 Me considero capaz de cumplir los propósitos que son importantes para mí	.14	.35	.48	.91	-3.83	1.03	.96	.18
22 Disfruto el tiempo que paso con mi familia o amigos	.08	.27	.34	.92	-5.32	1.14	1.80	.24

Curva Característica de los Ítems (CCI)

La CCI ilustra el comportamiento empírico de los ítems respecto al modelo teórico. En el eje (y) se representa la probabilidad de presentar una característica y en el eje (x) el nivel de atributo.

La curva característica (CCI) del ítem “*Considero que hago las cosas bien*” ($b = -3.18$) no es un factor que por sí solo refleje ideación suicida, posiblemente se deba a que el ítem está dirigido hacia la autoevaluación negativa y puede ser explicada por aspectos de inseguridad en cuanto a las capacidades, pero no hacia sentimientos de desesperanza. “*Disfruto el tiempo que paso con mi familia y amigos*” ($b = -5.32$), expone que la compañía que tiene con las personas no son un indicador para la presencia del constructo en mención, tal vez, se deba a diferencias individuales sobre los propios gustos que generan no disfrutar de los mismos, pero ello, no impide una sensación de bienestar y apoyo manifestados en otras expresiones. “*Me resulta difícil pedirle ayuda a los demás*” ($b = -0.10$), este ítem podría estar guiado a rasgos de personalidad que no le permiten establecer estrategias de solución a las diferentes situaciones cotidianas, de modo que esta acción genera un sobreesfuerzo, además que el ítem no especifica la causa de porque es difícil; por ende, estos ítems no representaron una bondad adecuada en su comportamiento, debido a que presentaron desajuste lejano (*Infit*) entre 1.52 y 1.80, frente al modelo teórico representado en la misma gráfica con una línea gruesa, es decir que se tiene más probabilidad de marcar afirmativo al ítem sin la presencia de la ideación suicida.

Los ítems que presentaron un ajuste óptimo (0.70 y 1.30) en comparación con el modelo teórico: “*Siento con frecuencia que necesito un escape a situaciones específicas de mi vida*“, esto podría significar que la idea de poder huir en casos donde se presenten momentos difíciles de manera reiterativa requiere un mayor nivel de atributo y presenta una probabilidad del 50%

(0.50) de responder afirmativamente, es decir que presenta una relación directa con la ideación suicida, de igual forma el ítem “*Me aferro a los hechos de mi pasado*” significa que la presencia constante de pensamientos que posiblemente desconectan a la persona de su realidad actual, no le permiten avanzar en sus proyectos, experiencias y prioridades, además generan un malestar que impide el desarrollo de una salud mental plena. El ítem “*Tengo pensamientos negativos hacia mi futuro*” este ítem es notable para la evaluación del fenómeno, ya que según los indicadores arrojados demuestran que la ideación suicida, es un constructo que posiblemente esté relacionado con la percepción negativa de la persona, en el que, si un individuo manifiesta diferentes pensamientos o conductas en su realidad actual, que tal vez, pueda guiar su comportamiento en el futuro, estos ítems son buenos predictores de la ideación suicida coincidiendo con lo esperado; a continuación, en los Gráficos 9, 10 y 11, se presentan las CCI para cada ítem.

Gráfico 9.

Curva característica de los ítems

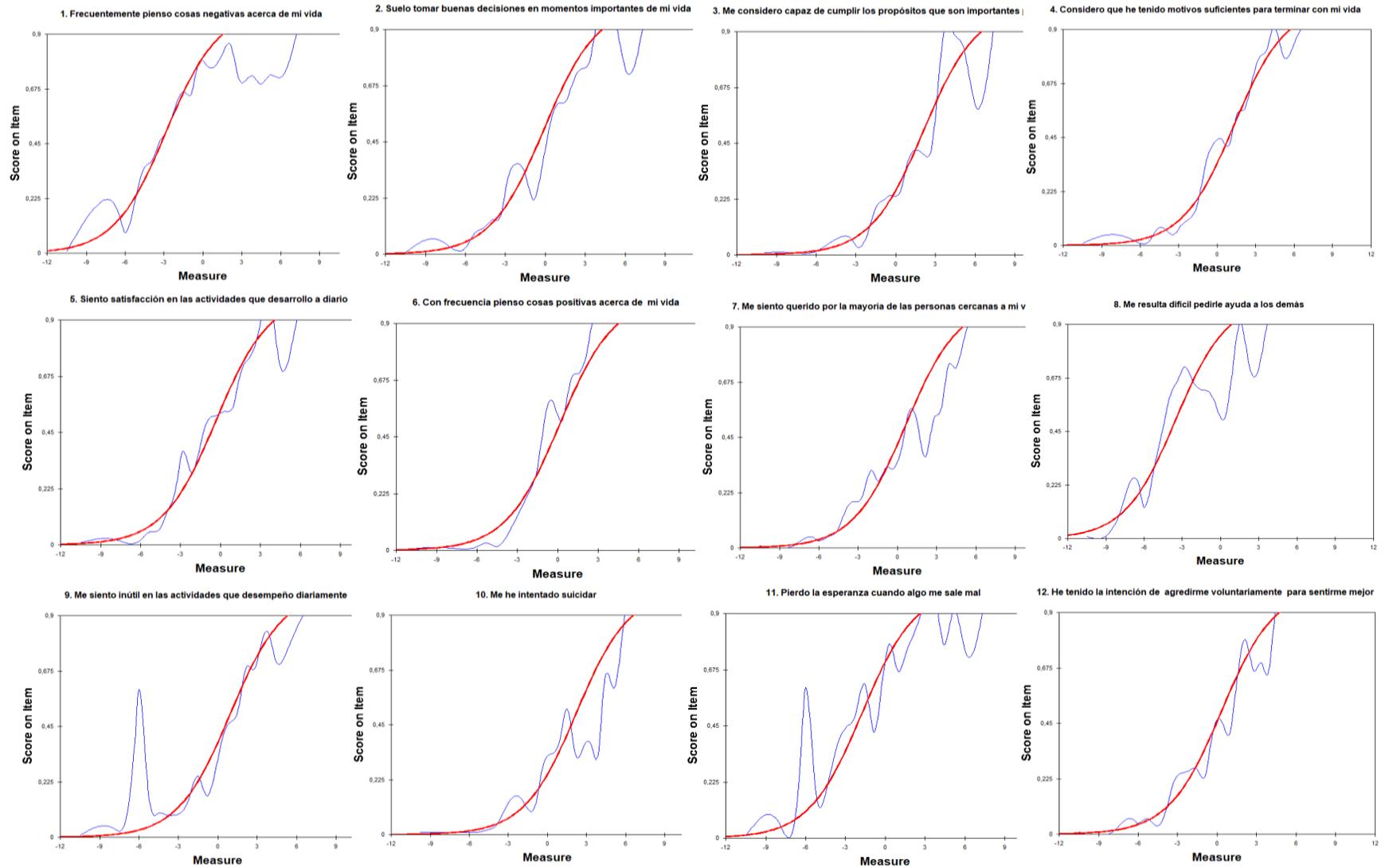


Gráfico 10.

Curva característica de los ítems

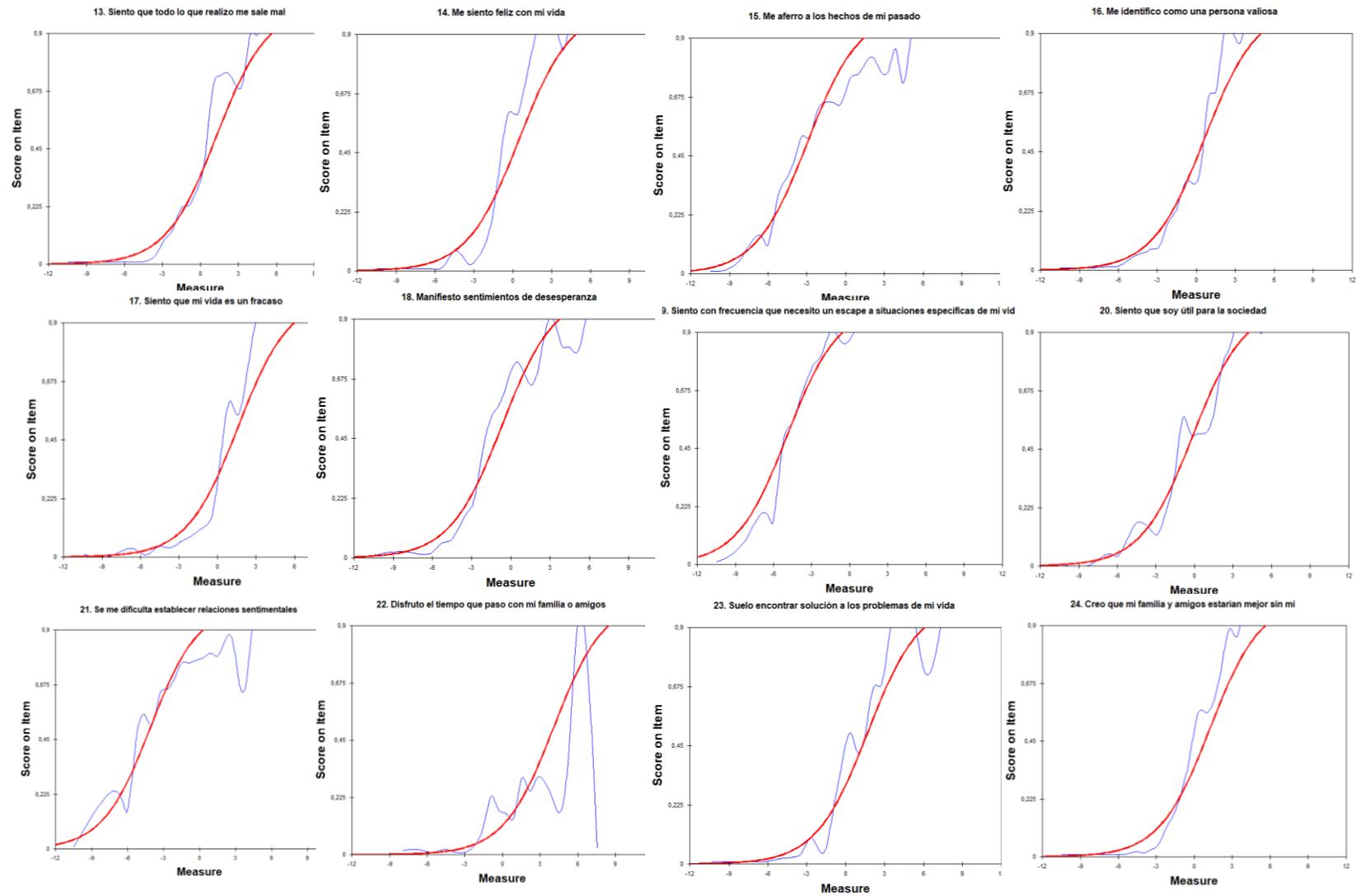
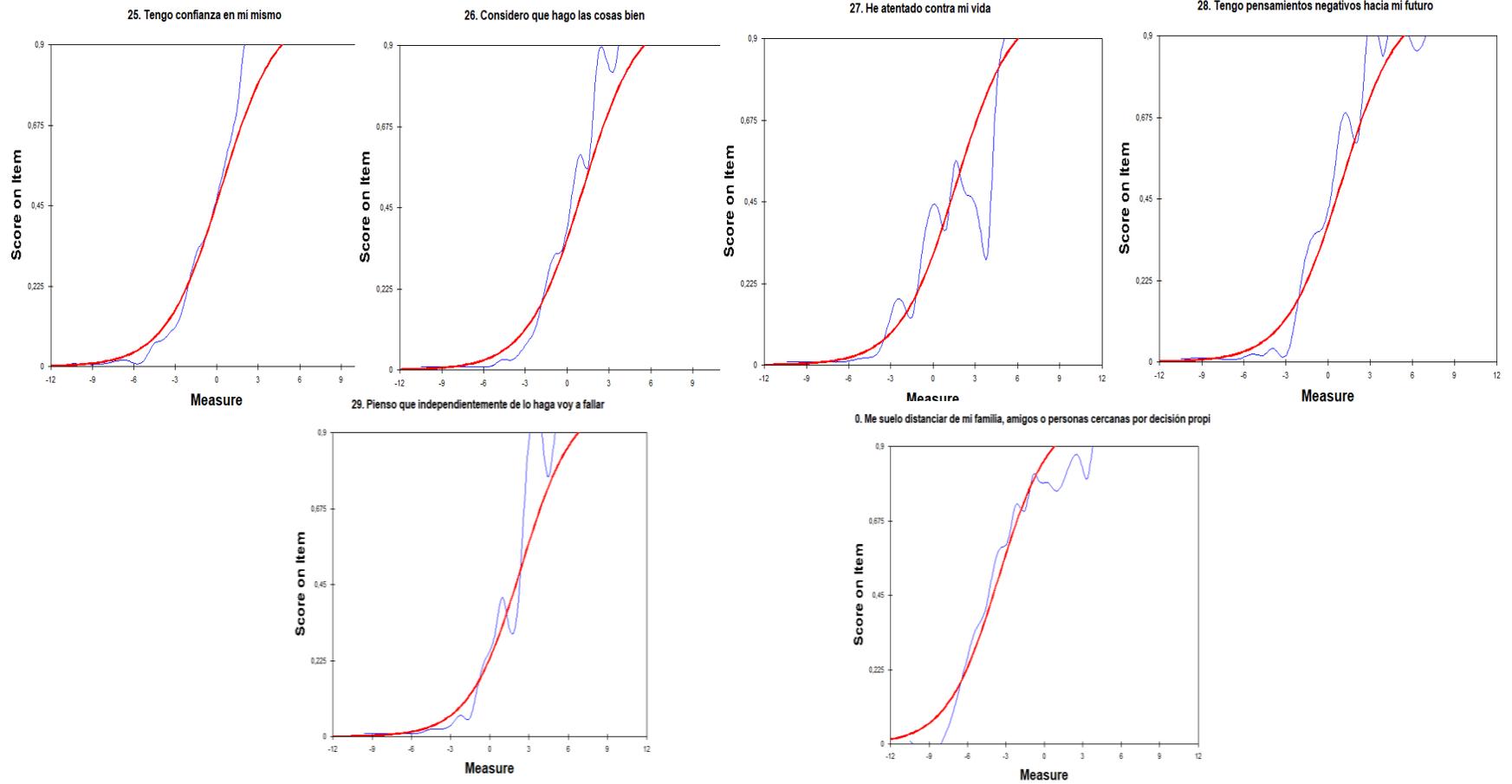


Gráfico 11.

Curva característica de los ítems



Mapa de Ítems

En el mapa de ítems ilustrado en el Grafico 12, se encontró una distribución asimétrica positiva para las personas, lo cual era de esperarse debido a que este constructo presenta poca probabilidad de ocurrencia en la población. En la parte derecha se puede observar la dificultad para cada uno de los ítems y a la izquierda los examinados de acuerdo con el nivel de habilidad (#). Se puede observar que la media de la habilidad de los examinados ($M= 0.00$; $S= 1.00$) y la dificultad media del instrumento ($M= 0.00$; $S= 2.75$) son iguales, en este sentido, se podría considerar una prueba que no es fácil ni difícil para esta muestra reflejando que los ítems son adecuados.

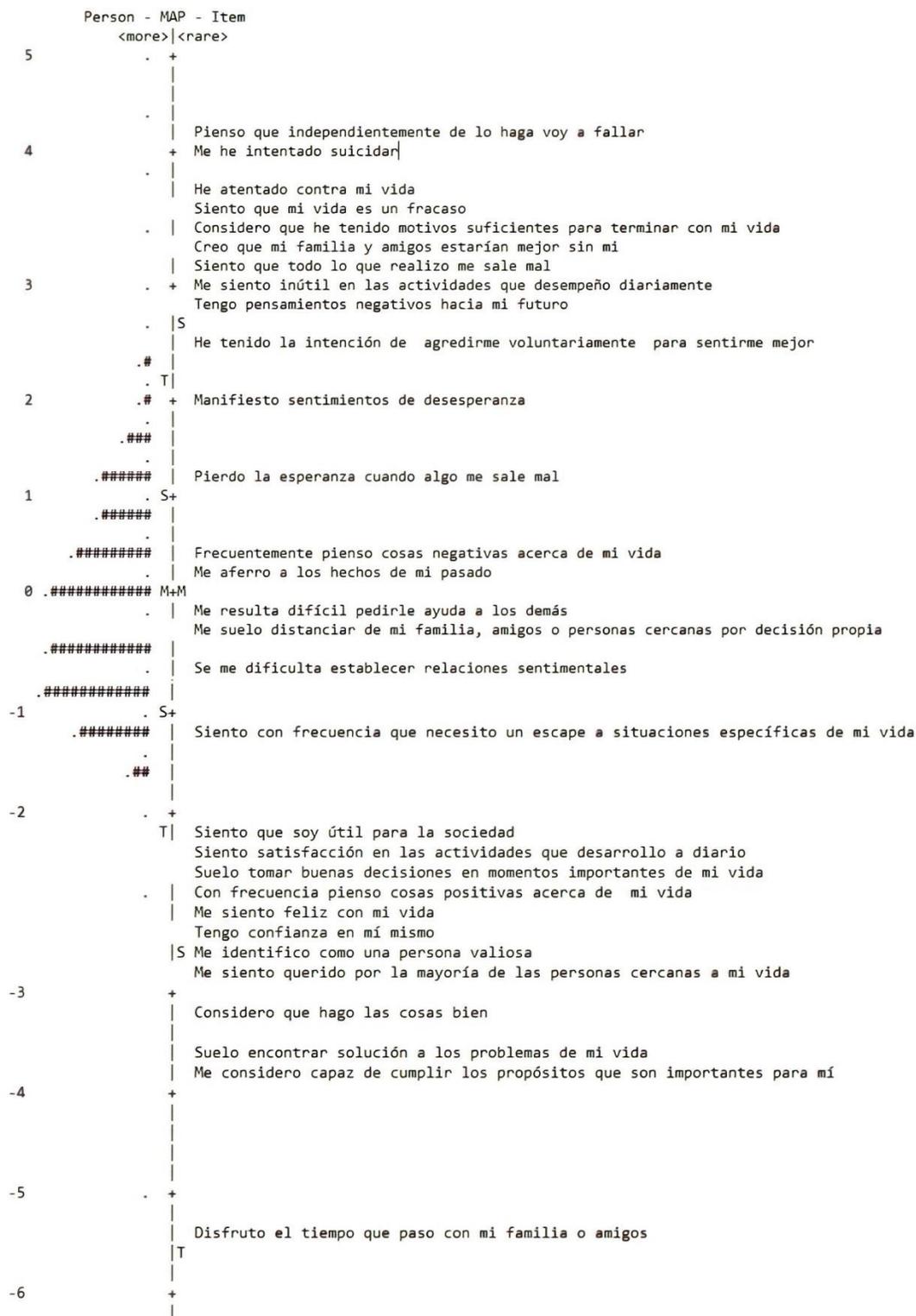
La S desviación estándar indica que la prueba evalúa de forma adecuada toda la muestra y presenta una distribución mayor para el conjunto de ítems, siendo la amplitud de (-5.32 a 4.12 logits) y de (-1.97 a 2.30 logits) para las personas, una pequeña del grupo obtiene puntuaciones de 2 o 3 loguitos, representando la mayor habilidad, estando por debajo de siete ítems que requieren un nivel de habilidad superior a ese.

La dificultad de los ítems osciló entre -5.32 y 4.12 logits, se observa que, para el caso del ítem “*disfruto el tiempo que paso con mi familia o amigos*”, no se comporta de la manera esperada ya que el tiempo de calidad con personas cercanas son factores protectores, sin embargo, este comportamiento podría ser explicado por qué el ítem en globa aspectos que podrían no tener relación uno con el otro, como por ejemplo, que la persona no disfrute el tiempo que pasa con su familia no significa que ocurra lo mismo con sus amigos y viceversa, por lo tanto, se necesita un nivel bajo de atributo para obtener una respuesta afirmativa al ítem con una probabilidad menor al 50 % , siendo este el más sencillo de todo el instrumento ($b = -5.32$), ubicado a dos desviaciones estándar por debajo del promedio); en contraste, con el ítem “*pienso que*

independientemente de lo que haga voy a fallar”, se evidencia que la presencia de sentimientos de desesperanza se relaciona directamente con la ideación suicida, posiblemente porque las personas que tienen pensamientos negativos generalizados hacia el futuro, no contemplan alternativas de cambio, además de una percepción negativa de sí mismo lo que lo llevaría a desvalorizar su propia vida. Este ítem requiere un nivel de atributo alto para responder de manera afirmativa mayor al 50%, representando el ítem con mayor dificultad ($b = 4.12$, ubicado a una desviación estándar por encima del promedio).

Gráfico 12.

Mapa de ítems con muestra de validación



Discusión

A partir de los hallazgos encontrados, se evidencia que los instrumentos utilizados para evaluar la ideación suicida en un contexto colombiano son adaptaciones de escalas diseñadas en otros países, las cuales en su mayoría están dirigidas a población con antecedentes de suicidio, enfermedades de salud mental y personas privadas de la libertad. Enfocándose en las autolesiones y el suicidio consumado, sin considerar los pensamientos iniciales que conllevan a realizar este tipo de conductas.

Además, los instrumentos adaptados consideran factores distintos a los que influyen en el contexto colombiano, esto se puede ver reflejado en la revisión de algunos estudios realizados en diferentes partes del mundo, por ejemplo, en la India las tasas de suicidio sobresalen en personas con niveles académicos culminados y estabilidad laboral, a diferencia de población desempleada o con un bajo nivel académico, en contraste, con los resultados obtenidos en la presente monografía mediante el análisis psicométrico desde la Teoría de Respuesta al Ítem (TRI), en los cuales los ítems con mejor ajuste al modelo estaban relacionados con situaciones de la vida que aún no han sido resueltas, estrategias de escape o evitación; y los ítems desajustados al modelo, estaban relacionados con autoevaluación negativa y personalidad, los cuales han estado tradicionalmente relacionados con la depresión y el suicidio, una posible explicación a este hallazgo podría estar relacionada al contexto particular de Colombia donde la familia, amigos y los vínculos afectivos estrechos son de gran relevancia y un factor protector frente a este tipo de fenómenos.

Otro hallazgo importante, es que el constructo demostró ser unidimensional lo cual difiere del modelo planteado por Mack (1986) utilizado para la construcción del instrumento, ya que de acuerdo con los resultados obtenidos en el análisis factorial desde la Teoría Clásica de los Test (TCT), en las dimensiones contempladas en el instrumento, el componente de autoestima tiene ítems cuyas discriminaciones estaban por encima de las otras dimensiones, la agrupación de la carga factorial estaba dentro del primer factor y el porcentaje de varianza explicada fue cuatro veces mayor al segundo factor.

Se encontró que la matriz sin rotar era más parsimoniosa, por lo tanto, confirma el supuesto de no independencia entre los factores, pues, la autoestima es una dimensión preponderante en el instrumento como se ha planteado desde las fases iniciales de la construcción, en la que los jueces determinaron mayor relevancia en estos ítems, por lo cual, es aquel que genera una mayor predicción en la evaluación del constructo en sí.

A pesar de presentarse diferentes índices de confiabilidad en el instrumento siendo mayor en la fase de pilotaje, se obtuvieron resultados óptimos y no hubo un gran rango de diferencia que afectara la confiabilidad del instrumento en la fase de validación; aunque se excluyeron ítems que no tuvieron buenos resultados psicométricos, no se produjo un incremento en estos estadísticos posiblemente porque los ítems no representaban al constructo. Al igual se mantienen índices sobresalientes de confiabilidad para la prueba en su totalidad.

Conclusiones

El instrumento construido cuenta con propiedades psicométricas sobresalientes y se espera que funcione como una herramienta útil e innovadora para la investigación en el campo clínico y social; además, de generar una apertura a la discusión de nuevas perspectivas teóricas sobre este constructo y su manifestación en la población colombiana, debido a que se encontró unidimensionalidad del constructo, lo cual podría cuestionar los planteamientos de Mack en el modelo arquitectónico (1986), pues, las dimensiones propuestas en este modelo no se encontraron empíricamente con el instrumento. Sin embargo, Mack propuso dentro de su modelo factores de riesgo que podrían desencadenar la ideación suicida; y el instrumento propuesto en este estudio está enfocado en el constructo de ideación suicida *per sé*. De hecho, la dimensión del componente biológico de acuerdo con los análisis no evaluaba la ideación suicida adecuadamente, por tal motivo se eliminó por completo del instrumento, posiblemente porque los componentes biológicos se comportan como predictores de la ideación suicida.

La confiabilidad resultó elevada, lo cual indica homogeneidad en los ítems, por esta razón, permite identificar con mayor precisión el constructo y aporta indicadores de bondad psicométrica al instrumento. Cabe resaltar que este estudio no contempló otras fuentes de error adicionales a la variabilidad de los ítems, como: el tiempo, la forma de la prueba y la muestra del pilotaje debido a que podría estar sesgada al considerar únicamente estudiantes de la Universidad de Cundinamarca.

En cuanto al análisis psicométrico con la TRI, se encontraron evidencias de calidad técnica que sustentan el uso del instrumento para la evaluación de la ideación suicida, de acuerdo con la unidimensionalidad del constructo; no se violaron los supuestos del análisis de Rasch. Esto indica que el instrumento evalúa adecuadamente la ideación suicida de manera global siendo un

modelo adecuado para predecir el constructo y comportamientos referentes al suicidio, desde aspectos individuales, familiares, sociales y psicológicos.

El constructo en mención no cuenta con suficiente bibliografía con respecto a pruebas que tengan como objetivo detectar únicamente las ideas suicidas, al ampliar el conocimiento en esta área, se podría garantizar que los profesionales en salud mental puedan actuar de manera oportuna y eficaz en la prevención de las conductas auto lesivas.

Uno de los hallazgos más importantes para este instrumento fue la identificación de un segundo factor que evidenció un perfil claramente suicida, pues, representaba conductas que ya estaban dirigidas a atentar contra la integridad física propia y que podrían ser de gran utilidad en un contexto psicodiagnóstico.

Para la fase de validación, el instrumento se aplicó de manera virtual y no hubo control de factores externos que influyeran en su realización, de acuerdo con la naturaleza del constructo se sugiere para próximas investigaciones, contemplar otras fuentes de error como el tiempo y el lugar, también, realizar procedimientos de confiabilidad como el test- re test, que permitan considerar otras variables como el estado emocional de los participantes en el momento de la aplicación del instrumento.

En el presente estudio se aumentó la muestra para cumplir con los supuestos planteados en la TRI, sin embargo, la mayoría de los participantes del estudio fueron estudiantes universitarios lo que podría tener un sesgo en los resultados obtenidos, además, el constructo no se presenta de manera común en las personas, por lo cual se recomienda hacer una comparación entre datos sociodemográficos que pueden aportar mayor información sobre las características de este constructo en los diferentes grupos poblacionales (edad, sexo, raza, religión) y enriquecer futuras investigaciones.

Se recomienda hacer una comparación entre un grupo clínico y un grupo control, con el fin de establecer un punto de corte que permita proporcionar una puntuación para la escala; además tener en cuenta el componente biológico, dado que, posiblemente por las características de la muestra en el pilotaje esta dimensión presentó errores psicométricos por lo cual no se tuvo en cuenta en las siguientes fases.

Por último, se recomienda realizar un protocolo de intervención en crisis que apoye al profesional en la evaluación de la ideación suicida con el instrumento IDES, logrando con esto que se obtengan herramientas para garantizarle al examinado la atención correspondiente y eficaz en el momento oportuno.

Referencias

- Aiken (2003). *Test psicológicos y evaluación*. Pearson Educación.
- American Educational Research Association, American Psychological Association, & National Council on Measurement in Education. (2018). *Estándares para pruebas educativas y psicológicas* (M. Lieve, Trans.). Washington, DC: American Educational Research
- Ato., López-García. y Benavente, (2013). Un sistema de clasificación de los diseños de investigación en psicología. *Anales de Psicología/Analís of Psychology*, 29(3), 1038-1059.
- Attorresi, H. F., Lozzia, G. S., Abal, F. J. P., Galibert, M. S. y Aguerri, M. E. (2009). Teoría de Respuesta al Ítem. Conceptos básicos y aplicaciones para la medición de constructos psicológicos. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 18(2), 179-188.
- Barbero (1996) *Bancos de ítems*. En Muñiz (Coord). *Psicometría*. Cap. 4, p.p. 139-170. Madrid: Ed. Universitas, S.A.
- Barbero., Abad. y Holgado, (2006). *Psicometría*. S.L. Editorial Sanz y Torres.
- Bastien., Vallie`res. y Morin (2001). *Validación de la Índice de gravedad del insomnio como medida de resultado para la investigación del insomnio*. *Medicina del sueño*, 2, 297-307.
- Baumeister (1990). Suicide as escape from self. *Psychological Review*, 97(1), 90-113.
- Beck., Kovacs. y Weissman (1979) Assessment of suicidal intention: The Scale for Suicide Ideation. *J Consult Clin Psychol*, 47(2):343-352.
- Beck., Rush., Shaw. y Emery, (1983). *Terapia cognitiva de la depresión*. Brouwer.
- Beck., Steer. y Brown (1996). *Manual para el Inventario de Depresión*, segunda edición (BDI-II). San Antonio, TX: La Asociación Psicológica.

- Blasco., Baca. y Duberstein (2010) An exploratory study of the relationship between diverse life events and specific personality disorders in a sample of suicide attempters. *Journal of Personality Disorders*, vol. 24, no. 6, pp. 773–784.
- Brown (1993). *Principios de la medición en Psicología y Educación*. Editorial El Manual Moderno, SA.
- Burgos. y Escalona (2017). Prueba piloto: Validación de instrumentos y procedimientos para recopilar data antropométrica con fines ergonómicos. *Ingeniería y Sociedad UC*. Vol 12, No.1.
- Burke., Ammerman., Hamilton. y Alloy (2017). *Impact of non-suicidal self-injury scale: Initial psychometric validation*. *Cognitive therapy and research*, 41(1), 130-142.
- Carmines, E. y Zeller, R. (1979). *Reliability and validity assessment*. California: Sage.
- Carroll (1953). *An analytical solution for approximating simple structure in factor analysis*. *Psychometrika*, 18(1), 23-38.
- Cassem., Stern., Rosenbaum. y Jellinek (1998). *Manual de psiquiatría en hospitales generales*. Massachusetts General Hospital. Cuarta edición. Harcourt Brace de España. Madrid. España.
- Colín (2011). Construcción de pruebas psicométricas. *Universidad Autónoma del Estado de México*.
- Corona., Mariela. y Pérez (2016). Mortalidad por suicidio, factores de riesgos y protectores. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*, 15(1):90-100
- De Jalón. y Peralta (2002). Suicide and risk of suicide. *In ANALES Sis San Navarra* (Vol. 25, No. Suplemento 3).

De la Torre, (2013). Protocolo para la detección y manejo inicial de la ideación suicida.

Universidad Autónoma de Madrid.

Dirección de Sanidad de la Policía Nacional. (2012). *Recomendaciones para detectar conductas suicidas, prevenir y ayudar a quien lo necesita para atender estas situaciones.* [Archivo PDF]. Recuperado de: <https://www.policia.gov.co/sites/default/files/publicaciones-institucionales/prevencion-del-suicidio.pdf>

Durkheim (1897). *Le suicide: étude de sociologie.* Alcan.

Durkheim (1971). El suicidio: Schpire. (Trabajo original publicado como Le Suicide en 1897).

Buenos Aires, Argentina.

Durkheim (2003). El suicidio (Trabajo original publicado como Le Suicide en 1897). (37.a ed.).

Madrid, España: Ediciones akal.

Elosua-Oliden (2003). *Sobre la validez de los test.* Psicothema, 15, 315-321.

Escobar-Pérez, J., & Cuervo-Martínez, Á. (2008). Validez de contenido y juicio de expertos: una aproximación a su utilización. *Avances en medición*, 6(1), 27-36.

Fawcett., Scheftner., Clark., Hedeker., Gibbons. y Coryell (1987). Clinical predictors of suicide in patients with major affective disorders: a controlled prospective study. *The American Journal of Psychiatry*. 144(1), 35–40.

Ferrando. y Carrasco (2010). El análisis factorial como técnica de investigación en psicología. *In Papeles del Psicólogo*, vol. 31, núm. 1 (pp. 18-19).

Gallego (2009). *El pensamiento de suicidio en la adolescencia.* Universidad de Deusto.

Garza., Castro. y Calderón (2019). Estructura familiar, ideación suicida y desesperanza en el adolescente. *Universidad del Norte* Vol. 36 No. 2

- González. y Martín (2007). Instrumentos de evaluación psicológica. *La Habana: Editorial Ciencias Médicas*, 248(247), 234.
- Gratz (2001). *Medición de autolesión deliberada: preliminar datos nulos sobre el inventario deliberado de autolesiones*. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 23, 253–263.
- Guzmán (2004). *Introducción al modelo psicométrico de la teoría clásica de los tests (Parte 1)*. *Pro Mathematica*, 18(35-36), 79-107.
- Hernández-Cervantes. y Gómez-Maqueo (2006). Evaluación del riesgo suicida y estrés asociado en adolescentes estudiantes mexicanos. *Revista Mexicana de Psicología*, 23(1), 45-52.
- Hogan (2015). *Pruebas psicológicas: Una introducción práctica*. Editorial El Manual Moderno.
- Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses. (2018) *Forensis 2018 datos para la vida*. Recuperado de: <http://www.medicinalegal.gov.co/cifras-estadisticas/forensis>.
- Instituto Nacional De Salud. (2017). *Septiembre 10 Día mundial para la prevención del suicidio*. Recuperado de: <https://www.ins.gov.co/Noticias/Documents/suicidio.pdf>
- Joiner (2005) Por qué la gente muere por suicidio. Cambridge: *Harvard University Press*.
- Joiner., Van Orden., Witte. y Rudd (2009). La teoría interpersonal del suicidio: Orientación para trabajar con clientes suicidas. Washington, DC: Asociación Americana de Psicología.
- Kessler, Borges, & Walters (1999) Prevalencia y factores de riesgo para intentos de suicidio de por vida en la encuesta nacional de comorbilidad. *Archivos de Psiquiatría General*, 56, 617–626.
- Keuthen., Deckersbach., Wilhelm., Engelhard., Forker. y O'Sullivan, (2001) *The Skin Picking Impact Scale (SPIS): desarrollo de escalas y análisis psicométricos*.

- Kortge., Meade. y Tennant (2013). Interpersonal and intrapersonal functions of deliberate self-harm (DSH): A psychometric examination of the Inventory of Statements About Self-Injury (ISAS) scale. *Behaviour Change*, 30(1), 24-35.
- Krishna., Rajendra., Majgi., Heggere., Parimoo., Robinson. y Poole (2014). Severity of suicidal intent, method and behaviour antecedent to an act of self-harm: a cross sectional study of survivors of self-harm referred to a tertiary hospital in Mysore, south India. *Asian journal of psychiatry*, 12, 134-139.
- Legido (2012). *Clasificación de la conducta suicida utilizando cuestionarios psicométricos*. [Tesis doctoral, Universidad de Alcalá] recuperado de:
<https://ebuah.uah.es/dspace/handle/10017/17103>
- León (2017). *Evaluación piloto de la calidad técnica de seis de las pruebas psicológicas más usadas en Colombia* [Tesis de maestría, Universidad Nacional de Colombia-Sede Bogotá]
<http://bdigital.unal.edu.co/60878/1/52213783.2017.TESIS.pdf>
- Lloret-Segura., Ferreres-Traver., Hernández-Baeza. Y Tomás-Marco (2014). El análisis factorial exploratorio de los ítems: una guía práctica, revisada y actualizada. *Anales de Psicología/Annals of Psychology*, 30(3), 1151-1169.
- López de Ferrari (1973). *Positivismo e historia*.
- Mack, J. E. (1986). The conditions of collective suicide and the threat of nuclear war. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 50(5), 464.
- Mann., Wateraux., Haas. y Malone (1999). Toward a clinical model of suicidal behavior. *The American journal of psychiatry*, 156, 181-189.
- Martínez (2005). Evaluación del riesgo de suicidio. *Hojas clínicas de salud mental*, 5, 35-48.
- Martínez. y Sepúlveda (2012). Introducción al análisis factorial exploratorio. *Revista colombiana de psiquiatría*, 41(1), 197-207.

- Martínez., Hernández. y Hernández (2014). *Psicometría*. Alianza editorial.
- Martínez-Arias (1996) *Psicometría: teoría de los test psicológicos y educativos*. Madrid: Síntesis.
- Mattick. y Clarke (1998). Desarrollo y validación de medidas de fobia social escrutinio miedo e interacción social ansiedad. *Investigación y terapia conductual*, 36, 455-470. doi: 10. 1016 / S0005-7967 (97) 10031-6.
- Merli (2010). Escalas de medición en Estadística. *Telos: Revista de Estudios Interdisciplinarios en Ciencias Sociales*, 12(2), 243-247.
- Ministerio de Salud y Protección Social Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud. (2017). *Guía de Práctica Clínica para la prevención, diagnóstico y tratamiento de la ideación y/o conducta suicida (Adopción)*. Recuperado de: http://gpc.minsalud.gov.co/gpc_sites/Repositorio/Otros_conv/GPC_CSuicida/GPC_C_Suicida_Profesionales.pdf
- Ministerio de Salud. (2018). Boletín de salud mental Conducta suicida Subdirección de Enfermedades No Transmisibles. Recuperado de: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ENT/boletin-conducta-suicida.pdf>
- Misson., Mathieu., Jollant., Yon., Guillaume., Parmentier., Raust., Jausse., Slama. y Leboyer, (2010). Factor analyses of the Suicidal Intent Scale (SIS) and the Risk-Rescue Rating Scale (RRRS): Toward the identification of homogeneous subgroups of suicidal behaviors. *Journal of Affective Disorders*, 121(1-2), 80-87.
- Moreno., Martínez. y Muñiz, (2004). Directrices para la construcción de ítems de elección múltiple. *Psicothema*, 16(3), 490-497.
- Monroe, S. M., & Simons, A. D. (1991). Diathesis-stress theories in the context of life stress research: Implications for the depressive disorders. *Psychological Bulletin*, 110(3), 406–425.

- Muñiz. y Fonseca-Pedrero (2019). Diez pasos para la construcción de un test. *Psicothema*, 31(1).
- Muñiz (1996). Psicometría. *Universitas*.
- Muñiz (2000). *Teoría Clásica de los Tests*. Madrid: Pirámide.
- Nock (2008) La escala de reactividad emocional: desarrollo, evaluación y relación con pensamientos y comportamientos autolesivos. *Terapia conductual*, 39 (2), 107-116.
- Nojosa, R. T. (2001). Modelos multidimensionais para a teoria de resposta ao item. *Pernambuco: UFPE. nuclear war. Bulletin of the Menninger Clinic*, 50(5), 464-479.
- Nunnally (1978) Teoría psicométrica. Nueva York, NY: McGraw-Hill. O'Connor, RC (2011)
Hacia un modelo integrado motivacional-volitivo de comportamiento suicida. En RC O'Connor, S. Platt y J. Gordon (Eds.), Manual internacional de prevención del suicidio (pp. 181–198). Chichester: Wiley & Sons Ltd. Paykel, Myers, Lindenthal y Tanner (1974)
Sentimientos suicidas en la población general: un estudio de prevalencia. *The British Journal of Psychiatry*, 124, 460-469.
- Organización mundial de la Salud (2012). Prevención del suicidio (SUPRE).
- Organización Mundial de la Salud. (2014). *Prevención del suicidio del suicidio un imperativo global un imperativo global*. Recuperado de: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/136083/9789275318508_spa.pdf%20;jsessionid=47B16AAB676912327A3971652E303CC6?sequence=1
- Organización mundial de la Salud. (2017). Resumen del 2017: *repaso de la salud mundial de la OMS*. Recuperado de: <https://www.who.int/features/2017/year-review/es/#event-resumen-del-2017-actualidad-de-la-salud-mundial>
- Otzen. y Manterola (2017). Técnicas de Muestreo sobre una Población a Estudio. *International Journal of Morphology*, 35(1), 227-232.

- Pallant. y Tennant (2007). Una introducción al modelo de medición de Rasch: un ejemplo utilizando la Escala de ansiedad y depresión hospitalaria (HADS). *British Journal of Clinical Psychology*, 6, 1–18.
- Pérez. y Medrano (2010). Análisis factorial exploratorio: bases conceptuales y metodológicas. *Revista Argentina de Ciencias del Comportamiento (RACC)*, 2(1), 58-66.
- Plutchik., Praag. Y Conte (1989). Correlates of suicide and violence risk: III. A two-stage model of countervailing forces. *Psychiatry Research*, 28(2), 215–225.
- Prieto, G. y Delgado A. R. (2003). *Análisis de un test mediante el modelo de Rasch*.
- Rada. y Manuel (2017). Desarrollo y validación del cuestionario SIQUE: Evaluación de la ideación suicida en la adolescencia desde una aproximación situacional. [Ph.D. Thesis, *Universitat Rovira i Virgili*]. En *TDX (Tesis Doctorals en Xarxa)*. Recuperado de: <http://www.tdx.cat/handle/10803/454744>
- Rangel., Suárez. y Escobar (2015). Escalas de evaluación de riesgo suicida en atención primaria. *Revista de la Facultad de Medicina*. 63(4), 707-716.
- Reynolds, W.M. (1988). *Suicidal Ideation Questionnaire Professional manual*. Odessa, Florida: PAR
- Ribeiro., Witte., Van Orden., Selby., Gordon., Bender. y Joiner (2014) Intrepidez ante la muerte: las propiedades psicométricas y la validez de constructo de la revisión de la capacidad adquirida para la escala suicida. *Evaluación psicológica*, 26, 115-126.
- Rimkeviciene., Hawgood., O’Gorman. y De Leo (2016). Assessment of acquired capability for suicide in clinical practice. *Psychology, health & medicine*, 21(8), 954-963.
- Rodríguez. y Pérez (2017). Métodos científicos de indagación y de construcción del conocimiento. *Revista Ean*, (82), 179-200.

- Rose (2002). Co-ruminación en las amistades de niños y niñas. *Desarrollo infantil*, 73, 1830-1843.
- Salavarieta. y Delgado (2016). *Adaptación de instrumentos de evaluación psicológica*.
- Sánchez-Sosa., Villarreal-González., Musitu. y Martínez (2010). Ideación Suicida en Adolescentes: Un Análisis Psicosocial. *Psychosocial Intervention*, 19(3), 279-287.
- Scully (1996). National Medical Series for Independent Study. *Psychiatry*, 3rd edition. InfoMed. Hong Kong.
- Shneidman (1985). *Definition of suicide*. New York: Wiley & Sons.
- Silverman., Berman., Sanddal., O'Carroll, y Joiner (2007). Rebuilding the tower of babel: a revised nomenclature for the study of suicide and suicidal behaviors—part 1: background, rationale, and methodology. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, vol. 37, no. 3, pp. 248– 263.
- Terrón (2019). *Introducción a la investigación en Ciencias de la Educación*. Bubok publishing S.L.
- Teruel., Martínez. y León (2014). Variables psicológicas asociadas a la ideación suicida en estudiantes. *International Journal of Psychology*, 15.
- Thurstone (1947). *Análisis de factores múltiples; un desarrollo y expansión de Los vectores de la mente*.
- Vallejo (2013). El Análisis Factorial en la construcción e interpretación de tests, escalas y cuestionarios. *Madrid: Universidad Pontificia Comillas*.
- Van Orden., Witte., Gordon., Bender. y Joiner (2008) El deseo suicida y la capacidad de suicidio: pruebas de la teoría psicológica interpersonal del comportamiento suicida entre adultos. *Revista de Consultoría y Psicología Clínica*, 76, 72-83. Recuperado de <http://doi.org/10.1037/0022-006X.76.1.72>

Villalobos (2010). Validez y fiabilidad del inventario de ideación suicida positiva y negativa – PANSI, en estudiantes colombianos. *Universitas Psychologica*, 9(2), 509-520.

Zouk., Tousignant., Seguin., Lesage. y Turecki, (2006). Characterization of impulsivity in suicide completers: clinical, behavioral and psychosocial dimensions. *Journal of affective disorders*, 92(2-3), 195-204.

Anexos

Apéndice A. Formato de consentimiento informado.

Consentimiento informado para participantes de investigación

Actualmente, la Facultad de Ciencias Sociales, Humanidades y Ciencias Políticas de la Universidad de Cundinamarca extensión Facatativá se encuentra adelantando un proyecto titulado “*Validación de una escala IDES*”, el cual tiene como objetivo la aplicación de un instrumento de evaluación construido por los estudiantes de psicología de la Universidad: Karen Yurani Fierro García con código universitario 440216211, Daniela Aragonéz Méndez con código universitario 440216202, Lizeth León Rudas con código universitario 440216220.

Una de las fases de este proyecto consiste en la aplicación del instrumento que se diseñó para la asignatura. El instrumento consta de 39 preguntas de falso y verdadero y su aplicación tiene una duración aproximada de 15 minutos.

Este proyecto se rige bajo el cumplimiento del Código Deontológico y Bioético para el ejercicio de la profesión de Psicología y de la Resolución 8430 de 1993, la cual enmarca esta investigación como de riesgo mínimo. El participante podrá desistir de continuar en el estudio en cualquiera de las fases previas al informe de resultados de este, sin que ello le cree perjuicio alguno. A su vez, los estudiantes de la Universidad se comprometen a no revelar información a terceros que esté relacionada con la privacidad o permita identificar a alguno de los participantes. Toda la información recopilada se manejará de forma anónima y se utilizará exclusivamente para fines académicos.

Se dará respuesta a cualquier inquietud o aclaración que usted tenga sobre los procedimientos, riesgos, beneficios y otros asuntos relacionados con este estudio y el tratamiento de la información,

mediante el correo electrónico escalaidescun@gmail.com o de manera presencial con alguno de los estudiantes investigadores y que aplicarán el instrumento. Como el instrumento está en proceso de construcción y aún no cuenta con evidencias de validez para su adecuado uso, los resultados arrojados no podrán ser entregados a los participantes. Sin embargo, los estudiantes se comprometen a socializar los resultados generales de la investigación si el participante así lo solicita.

Por lo anterior, yo _____
con cédula de ciudadanía número _____, hago constar que he leído y he entendido este documento y ____ autorizo mi participación en la aplicación del instrumento previamente descrito. Se diligencia el día ____ del mes de ____ del año ____ . He sido informado(a) del objetivo del estudio, de su finalidad exclusivamente académica y de la reserva de la información relacionada con la privacidad de sus participantes. Soy consciente de que no recibiré los resultados obtenidos de manera individualizada, pero podré acceder a los resultados generales del estudio si así lo solicitare. Finalmente, he sido informado(a) de que recibiré respuesta ante cualquier inquietud o aclaración sobre los procedimientos, riesgos, beneficios y otros asuntos relacionados con el proyecto y que podré retirar mi participación en cualquier fase previa a la elaboración del informe de resultados, sin que esto me genere perjuicio en algún sentido.

Firma del participante

Apéndice B. Ejemplo de formato de juicio de expertos pilotaje

VALIDEZ DE CONTENIDO Y JUICIO DE EXPERTOS

Planillas Juicio de Expertos

Respetado juez: Usted ha sido seleccionado para evaluar el instrumento de medición psicométrica de tipo escala Likert, que hace parte de la investigación Ideación Suicida. La evaluación de los instrumentos es de gran relevancia para lograr que sean válidos y que los resultados obtenidos a partir de estos sean utilizados eficientemente; aportando tanto al área investigativa de la psicología como a sus aplicaciones. Agradecemos su valiosa colaboración.

NOMBRES Y APELLIDOS DEL JUEZ: _____

FORMACION ACADEMICA: _____

AREAS DE EXPERIENCIA PROFESIONAL: _____

TIEMPO: _____ CARGO ACTUAL: _____

INSTITUCION _____

Objetivo de la investigación: Identificar en una población universitaria, de edades desde los 18-25 años desde un enfoque cognitivo –conductual, ideaciones suicidas y conductas auto lesivas, mediante una prueba psicométrica de elaboración propia

Objetivo del juicio de expertos: Evaluar de manera oportuna, la suficiencia, claridad, coherencia y relevancia el formato de juicio de expertos, en la construcción de 175 ítems, estos

conforme a la dimensión que pertenecen. Recalcando que podrán determinar algunas observaciones en algunos de los ítems si esto es considerado según el criterio de cada experto.

Objetivo de la prueba: Aplicar y Reconocer indicadores suicidas en la población, a quien va dirigida el instrumento en este caso estudiantes universitarios de edades desde los 18-25 años

De acuerdo con los siguientes indicadores califique cada uno de los ítems según corresponda.

CATEGORÍA	CLASIFICACIÓN	INDICADOR
<p>SUFICIENCIA</p> <p>Los ítems que pertenecen a una misma dimensión Bastan para obtener la medición de esta.</p>	<p>1. No cumple con el criterio</p> <p>2. Bajo Nivel</p> <p>3. Moderado nivel</p> <p>4. Alto nivel</p>	<p>Los ítems no son suficientes para medir la dimensión.</p> <p>Los ítems miden algún aspecto de la dimensión, pero no corresponden con la dimensión total.</p> <p>Se deben incrementar algunos ítems para poder evaluar la dimensión completamente.</p> <p>Los ítems son suficientes</p>
<p>CLARIDAD</p> <p>El ítem se comprende fácilmente, es decir, su Sintáctica y semántica son adecuadas.</p>	<p>1. No cumple con el criterio</p> <p>2. Bajo Nivel</p> <p>3. Moderado nivel</p> <p>4. Alto nivel</p>	<p>El ítem no es claro</p> <p>El ítem requiere bastantes modificaciones o una Modificación muy grande en el uso de las palabras de acuerdo con su significado o por la ordenación de las mismas.</p> <p>Se requiere una modificación muy específica de algunos</p> <p>De los términos del ítem.</p> <p>El ítem es claro, tiene semántica y sintaxis adecuada.</p>
<p>COHERENCIA</p> <p>El ítem tiene relación lógica con la dimensión o indicador que está Midiendo.</p>	<p>1. No cumple con el criterio</p> <p>2. Bajo Nivel</p> <p>3. Moderado nivel</p> <p>4. Alto nivel</p>	<p>El ítem no tiene relación lógica con la dimensión.</p> <p>El ítem tiene una relación tangencial con la dimensión.</p> <p>El ítem tiene una relación moderada con la dimensión que está midiendo.</p> <p>El ítem se encuentra completamente relacionado con la dimensión que está midiendo.</p>
<p>RELEVANCIA</p> <p>El ítem es esencial o importante, es decir debe Ser incluido.</p>	<p>1. No cumple con el criterio</p> <p>2. Bajo Nivel</p> <p>3. Moderado nivel</p> <p>4. Alto nivel</p>	<p>El ítem puede ser eliminado sin que se vea afectada la medición de la dimensión</p> <p>El ítem tiene alguna relevancia, pero otro ítem puede estar incluyendo lo que mide éste.</p> <p>El ítem es relativamente importante.</p> <p>El ítem es muy relevante y debe ser incluido.</p>

DIMENSIÓN	ITEM		SUFICIENCIA	CLARIDAD	COHERENCIA	RELEVANCIA	OBSERVACIONES
AUTOESTIMA Afecto, respeto, cariño, amor, cuidado, atención y aprecio que se tiene sobre sí mismo. Capacidad y autonomía de hacer las cosas. Consideración útil y valiosa de sí mismo. Pensamiento positivo hacia las acciones que desarrolla.	1	Asiste regularmente al médico					
	2	Le importa su apariencia física					
	3	Cuida de su aspecto físico					
	4	Realiza actividad física					
	5	Consume alimentos saludables					
	6	Siente que duerme lo suficiente					
	7	Se considera atractivo					
	8	Le gusta su apariencia física					
	9	Se siente a gusto con su peso					
	10	Considera que es una persona capaz de cumplir sus propósitos					
	11	Usted Fuma					
	12	Considera que su vida está en peligro					
	13	Consume bebidas alcohólicas					
	14	Se siente seguro de sí mismo					
	15	Tiene metas propuestas para desarrollar a largo plazo					
	16	Considera que toma buenas decisiones en los momentos cruciales de su vida					
	17	Ha atentado contra su vida					
	18	Es feliz con su vida					

DIMENSIÓN	ITEM		SUFICIENCIA	CLARIDAD	COHERENCIA	RELEVANCIA	OBSERVACIONES
	19	Se siente satisfecho cuando se mira al espejo					
	20	Consume alimentos en horarios establecidos					
	21	Siente que su vida es un fracaso					
	22	Siente que su vida tiene un propósito					
	23	Siente que su vida es útil para la sociedad					
	24	Tiene pensamientos negativos hacia usted mismo					
	25	Tiene pensamientos negativos hacia el futuro					
	26	Piensa que independientemente de lo haga va a fallar					
	27	Se identifica como una persona valiosa					
	28	Considera que hace las cosas bien					
	29	Siente satisfacción en las actividades que desarrolla a diario					
	30	considera que tiene una buena condición física					
	31	Está satisfecho con su aroma corporal					
	32	Considera que su resistencia física es buena					
	33	Siente un buen nivel de energía durante el día					
	34	Se siente inútil					
	35	Manifiesta sentimientos de desesperanza					
	36	se levanta en la mañana con pensamientos positivos					

DIMENSIÓN	ÍTEM		SUFICIENCIA	CLARIDAD	COHERENCIA	RELEVANCIA	OBSERVACIONES
	37	Tiene confianza en sí mismo					
	38	Le gusta verse bien físicamente					

¿Hay alguna dimensión que hace parte del constructo y no fue evaluada? ¿Cuál?

DIMENSIÓN	ÍTEM		SUFICIENCIA	CLARIDAD	COHERENCIA	RELEVANCIA	OBSERVACIONES
RELACIONES INTERPERSONALES Vínculo afectivo y/o emocional que se genera entre dos o más personas, en donde se comparten diferentes intereses, ya sea como por ejemplo cultural religioso, educativo, etc.	1	Toma decisiones por usted mismo o se deja llevar por los demás					
	2	Le da importancia a la opinión de los demás					
	3	Siente impotencia para pedir ayuda a los demás					
	4	Se siente atractivo para otras personas					
	5	Se relaciona bien con las demás personas de su entorno					
	6	Asiste a reuniones familiares					

DIMENSIÓN	ÍTEM		SUFICIENCIA	CLARIDAD	COHERENCIA	RELEVANCIA	OBSERVACIONES
	7	Sostiene relaciones sentimentales por largo tiempo					
	8	Se deprime cuando es excluido por sus amigos					
	9	Mantiene relaciones con amigos de la infancia					
	10	Hace amigos fácilmente					
	11	Establece relaciones de amistad en su estudio o trabajo					
	12	Mantiene actividad en redes sociales					
	13	Se relaciona con sus amigos en mayor medida a través de Facebook					
	14	Tiene discusiones con sus padres					
	15	Se deprime después de terminar una relación sentimental					
	16	Se relaciona con facilidad con personas de su edad					
17	Se relaciona con facilidad con personas mayores						

DIMENSIÓN	ÍTEM		SUFICIENCIA	CLARIDAD	COHERENCIA	RELEVANCIA	OBSERVACIONES
	18	se relaciona con facilidad con personas menores					
	19	Cree que no puede vivir sin una pareja					
	20	Cree que las demás personas son más importantes que usted					
	21	Cree que las demás personas son más atractivas que usted					
	22	Visita a sus amigos					
	23	Disfruta el tiempo que pasa con su familia					
	24	Disfruta el tiempo que pasa con sus amigos					
	25	Establece conversaciones con personas desconocidas					
	26	Tiene preferencias al tratar a alguien de su misma carrera					
	27	Se siente cómodo al tratar con personas que no sean de su misma carrera					

DIMENSIÓN	ÍTEM	SUFICIENCIA	CLARIDAD	COHERENCIA	RELEVANCIA	OBSERVACIONES
	28 Se le dificulta participar en grupos de estudio o de trabajos					
	29 Utiliza los espacios que le brinda la universidad diferente de los sitios de estudio (cancha de deportes, campus universitario, biblioteca)					
	30 Suele encariñarse sentimentalmente con las personas					
	31 Toma las decisiones por si solo					
	32 Es usted una persona extrovertida estando en compañía de los demás					
	33 Suele hablar mucho en compañía de otras personas					
	34 Se le dificulta establecer relaciones sentimentales o amorosas					
	35 Cuando está en compañía de otras personas pone usted					

DIMENSIÓN	ÍTEM	SUFICIENCIA	CLARIDAD	COHERENCIA	RELEVANCIA	OBSERVACIONES
	el tema de conversación					
	36 Suele enojarse con facilidad cuando alguien dice algo que le molesta o le disgusta					
	37 Se siente bien al hablarle a personas desconocidas					
	38 Suele afectarle emocionalmente cuando las personas le dejan de hablar o se alejan de usted					
	39 Suele trabajar en grupo siempre con las mismas personas					
	40 Se siente mejor estando solo que en compañía					
	41 En momentos en que tiene que compartir con un grupo siente preocupación intensa y persistente					
	42 Es una persona que escucha a los demás con empatía					

DIMENSIÓN	ÍTEM	SUFICIENCIA	CLARIDAD	COHERENCIA	RELEVANCIA	OBSERVACIONES
	43 tiene dificultades para expresarse con las personas					
	44 siente que necesita un escape de su vida					
	45 Las personas con las que comparte tienen buenas referencias de usted					
	46 Le cuesta aceptar que otras personas tengan la razón					
	47 se siente de mal humor cuando alguien se opone a sus ideas					
	48 cada vez que realiza una actividad en grupo piensa que la está realizando mal					
	49 Le entusiasma realizar actividades con sus compañeros de clase					
	50 cree que su familia y amigos estarían mejor sin usted					
	51 se distancia de su familia, amigos y contextos sociales					

DIMENSIÓN	ÍTEM	SUFICIENCIA	CLARIDAD	COHERENCIA	RELEVANCIA	OBSERVACIONES
	52	Tiene preferencias por personas de su mismo sexo				

¿Hay alguna dimensión que hace parte del constructo y no fue evaluada? ¿Cuál?

DIMENSIÓN	ÍTEM	SUFICIENCIA	CLARIDAD	COHERENCIA	RELEVANCIA	OBSERVACIONES
EXPERIENCIAS VIVIDAS Situaciones o eventos en circunstancia de haberlas presenciado, sentido; que lo hace soberano de conocimiento a aquello experimentado o vivido desde aquel momento.	1	Realiza viajes por placer				
	2	Fue maltratado durante la infancia				
	3	Ha experimentado ganas de terminar con su vida				
	4	Considera que ha tenido una infancia feliz				
	5	Viaja durante las vacaciones				
	6	Disfruta sus vacaciones				
	7	Recuerda positivamente sus estudios en primaria				

DIMENSIÓN	ÍTEM		SUFICIENCIA	CLARIDAD	COHERENCIA	RELEVANCIA	OBSERVACIONES
	8	Recuerda positivamente sus estudios en bachillerato					
	9	sufrió de Bull ying en el colegio					
	10	ha tenido eventos que lo han marcado negativamente en su vida					
	11	Ha consumido alguna vez tabaco o sustancias psicoactivas					
	12	Disfruta al ver películas de asesinatos o acontecimientos deprimentes					
	13	He tenido amigos o conocidos que han pasado por experiencias aterradoras					
	14	Han intentado sobrepasarse sexualmente con usted personas desconocidas o conocidas					

DIMENSIÓN	ÍTEM	SUFICIENCIA	CLARIDAD	COHERENCIA	RELEVANCIA	OBSERVACIONES
	15 Piensa cosas negativas acerca de su vida					
	16 Piensa cosas positivas acerca de su vida					
	17 Influyen sus acontecimientos pasados en su vida actual					
	18 Se atormenta al pensar acerca de cosas no muy buenas que le pasaron					
	19 Ha sentido o siente miedo por vivir cosas nuevas					
	20 Prefiere o se siente más a gusto estando dentro de su zona de confort					
	21 Recuerda positivamente sus amigos de la infancia					
	22 Recuerda positivamente a sus exparejas					
	23 Ha conocido usted a personas con problemas o trastornos de depresión					

DIMENSIÓN	ÍTEM	SUFICIENCIA	CLARIDAD	COHERENCIA	RELEVANCIA	OBSERVACIONES
	24 Ha vivido en diferentes ciudades o países diferente en el que se encuentra actualmente					
	25 Sostiene usted una buena relación con su familia o personas de su entorno					
	26 ha sufrido de maltrato físico, verbal o psicológico por alguna persona					
	27 Cuando algo le sale mal, intenta mejorarlo					
	28 Presenta sensación de peligro constante en situaciones cotidianas					
	29 Se preocupa por su futuro o lo que pueda a llegar a pasar con usted					
	30 Se siente conforme con las cosas que ha hecho hasta ahora para su vida					
	31 Suele recordar cosas desagradables o poco apropiadas que le han sucedido					

DIMENSIÓN	ÍTEM	SUFICIENCIA	CLARIDAD	COHERENCIA	RELEVANCIA	OBSERVACIONES
	32 Se aferra a los hechos del pasado					
	33 Suele poner en riesgo su vida					
	34 Siente que no puede estar tranquilo hasta que le dé solución a algo que tiene que hacer					
	35 Escucha música triste o poco motivadora					
	36 Ha experimentado hambre por largos periodos de tiempo					
	37 Ha sufrido situaciones de discriminación racial					
	38 Ha sufrido accidentes de gravedad					
	39 Ha vivido situaciones de secuestro					
	40 Se ha deprimido por situaciones ajenas que le han sucedido					
	41 Alguna vez se escapó de su casa por temor a sus papas					
	42 Alguna vez ha tenido la necesidad de cortase					

DIMENSIÓN	ÍTEM	SUFICIENCIA	CLARIDAD	COHERENCIA	RELEVANCIA	OBSERVACIONES
	voluntariamente para sentirse mejor					
	43 algún familiar con un vínculo fuerte a usted ha fallecido					
	44 algún familiar ha estado en situaciones de riesgo					
	45 ha sufrido algún accidente que lo haya marcado emocionalmente					
	46 usted ha estado en situaciones de riesgo					
	47 se ha vinculado grupos que tienen como objetivo desvalorizar la vida					
	48 ha estado en situaciones de abandono					

¿Hay alguna dimensión que hace parte del constructo y no fue evaluada? ¿Cuál?

DIMENSIÓN	ÍTEM		SUFICIENCIA	CLARIDAD	COHERENCIA	RELEVANCIA	OBSERVACIONES
CONTEXTO SOCIOCULTURAL Ambiente o entorno donde un individuo se desenvuelve de manera autónoma y mantiene permanente contacto con factores culturales, económicos, religiosos, históricos y políticos dentro de su círculo social al que pertenece.	1	Cree que hay vida después de la muerte					
	2	Se considera practicante religioso					
	3	asiste a alguna iglesia con frecuencia					
	4	su religión acepta el suicidio					
	5	en su colegio o universidad le hablaron del suicidio					
	6	ha tenido amigos que se han intentado suicidar					
	7	alguno de sus vecinos se ha suicidado					
	8	en internet ha visto como personas se suicidan					
	9	Mantiene preferencias políticas por algunos personajes que					

DIMENSIÓN	ÍTEM		SUFICIENCIA	CLARIDAD	COHERENCIA	RELEVANCIA	OBSERVACIONES
		apoyan el suicido					
	10	Siente que es útil para la sociedad					
	11	encuentra solución a los problemas de su vida					
	12	Prefiere escuchar bandas de música o cantantes que incentiven armonía					
	13	Prefiere escuchar bandas de música o cantantes que incentiven la desigualdad o el odio					
	14	Suele vestirse de manera sutil y presentable					
	15	Se siente cómodo al estar en un ambiente diferente al suyo					
	16	Ha sentido rechazo por su color de piel					
17	Se siente rechazado o						

DIMENSIÓN	ÍTEM		SUFICIENCIA	CLARIDAD	COHERENCIA	RELEVANCIA	OBSERVACIONES
		ignorado por pertenecer a algún grupo étnico					
	18	Se siente discriminado por ser parte de una religión					
	19	El lugar o barrio donde vive actualmente lo considera óptimo para su bienestar					
	20	Ha sido parte de algún movimiento político					

¿Hay alguna dimensión que hace parte del constructo y no fue evaluada? ¿Cuál?

DIMENSIÓN	ÍTEM		SUFICIENCIA	CLARIDAD	COHERENCIA	RELEVANCIA	OBSERVACIONES
COMPONENTE BIOLÓGICO	1	Se siente enfermo					
	2	Considera que padece una enfermedad que					

Componente Biológico y Genético que posee una persona, el cual determina algunos rasgos físicos, comportamentales y emocionales heredados de sus padres o familiares.		no se ha podido curar					
	3	Su salud altera su estado de ánimo					
	4	alguno de sus familiares ha intentado suicidarse					
	5	considera que algún integrante de su familia es antisocial					
	6	alguno de sus familiares ha padecido una enfermedad crónica					
	7	Alguno de sus miembros de su familia consume sustancias psicoactivas					

¿Hay alguna dimensión que hace parte del constructo y no fue evaluada? ¿Cuál?

Apéndice C. Cuadernillo de aplicación de prueba IDES para fase de pilotaje



UNIVERSIDAD DE CUNDINAMARCA

PROGRAMA DE PSICOLOGÍA

MEDICIÓN Y EVALUACIÓN

PSICOMÉTRICA GENERAL

La prueba se debe realizar en absoluto silencio. Si usted como participante tiene dudas respecto a alguna palabra que no entienda deberá levantar la mano y el evaluador lo orientará. La actividad es de carácter individual y no podrá utilizar ningún dispositivo móvil. El tiempo estimado para la ejecución de la prueba es de 30 minutos. Al finalizar la prueba debe de voltear la hoja y esperar que el evaluador la recoja. Las pruebas serán recogidas por el evaluador una vez hayan terminado todos los participantes con el fin de no generar distractores. La prueba deberá ser contestada en esfero de tinta negra.

Instrucciones: El presente instrumento es una prueba que busca identificar rasgos relacionados con la ideación suicida. En ella encontrará cinco tipos de opciones de respuesta: **siempre que se marcará con 5, casi siempre que se marcará con 4, algunas veces 3, casi nunca 2, y nunca 1**, esto indica que posee esa característica o la realiza.

Género: _____ edad: _____ fecha: _____	5	4	3	2	1
	siempre	casi siempre	algunas veces	casi nunca	nunca

AUTOESTI

MA

N°	ENUNCIADO	5	4	3	2	1
1	¿Siente que su vida tiene un propósito?					
2	¿Se siente seguro de sí mismo?					
3	¿Siente que su vida es útil para la sociedad?					
4	¿Tiene pensamientos negativos hacia usted mismo?					
5	¿Tiene pensamientos negativos hacia el futuro?					
6	¿Tiene metas propuestas para desarrollar a largo plazo a nivel personal, familiar, profesional o laboral?					
7	¿Ha atentado contra su vida?					
8	¿Manifiesta sentimientos de desesperanza?					
9	¿Considera que es una persona capaz de cumplir sus propósitos a nivel personal, familiar o profesional?					
10	¿Considera que toma buenas decisiones en los momentos cruciales de su vida como la carrera profesional, la elección de sus amistades, o la relación con sus padres?					
11	¿Se siente feliz con su vida?					
12	¿Siente que su vida es un fracaso?					
13	¿Piensa que independientemente de lo haga va a fallar?					
14	¿Se identifica como una persona valiosa?					
15	¿Siente satisfacción en las actividades que desarrolla a diario?					
16	¿Se siente inútil?					
17	¿Tiene confianza en sí mismo?					
18	¿Se siente querido por los demás?					

19	¿Le gusta su apariencia física?					
20	¿Considera que hace las cosas bien?					
<u>RELACIONES INTERPERSONALES</u>						
N	ENUNCIADO	5	4	3	2	1
o						
21	¿Cree que su familia y amigos estarían mejor sin usted?					
22	¿Se distancia de su familia, amigos y contextos sociales?					
23	¿Disfruta el tiempo que pasa con sus amigos?					
24	¿Disfruta el tiempo que pasa con su familia?					
25	¿Se le dificulta establecer relaciones sentimentales o amorosas?					
26	¿Le es difícil compartir con un grupo social?					
27	¿Siente con frecuencia que necesita un escape a situaciones ¿Específicas de su vida?					
28	¿Se siente de mal humor cuando alguien se opone a sus ideas?					
29	¿Establece relaciones de amistad en su estudio o trabajo?					
30	¿Se relaciona con facilidad con personas de su edad?					
31	¿Hace amigos fácilmente?					
32	¿Tiene discusiones con personas de su entorno cercano regularmente y tarda mucho tiempo en reconciliarse?					
33	¿Se siente mejor estando solo?					
34	¿Cada vez que realiza una actividad en grupo piensa que la					

	está ¿Realizando mal?					
35	¿Le da importancia a la opinión de los demás?					
36	¿Dedica el menor tiempo posible a las redes sociales?					
37	¿Se deja llevar por otras personas?					
38	¿Suele afectarle emocionalmente cuando las personas le dejan de ¿Hablar o se alejan de usted?					
39	¿Le afecta de manera negativa sentirse excluido por sus amigos?					
40	¿Le resulta difícil pedirles ayuda a los demás?					

EXPERIENCIAS VIVIDAS

N	ENUNCIADO	5	4	3	2	1
◦						
41	¿Ha experimentado ganas de terminar con su vida?					
42	¿Se aferra a los hechos del pasado?					
43	¿Piensa cosas negativas acerca de su vida?					
44	¿Piensa cosas positivas acerca de su vida?					
45	¿Ha sufrido de maltrato físico, verbal o psicológico por alguna ¿Persona?					
46	¿Suele poner en riesgo su vida?					
47	¿Alguna vez ha tenido la necesidad de cortarse voluntariamente					

	para ¿Sentirse mejor?					
48	¿Algún familiar con un vínculo fuerte a usted ha fallecido?					
49	¿Alguna vez se ha intentado suicidar?					
50	¿Cuándo algo le sale mal, intenta mejorarlo?					

CONTEXTO SOCIOCULTURAL

N	ENUNCIADO	5	4	3	2	1
51	¿Encuentra solución a los problemas de su vida?					
52	¿Ha tenido amigos que se han intentado suicidar?					
53	¿En internet ha visto como personas se suicidan?					
54	¿El lugar o barrio donde vive actualmente lo considera apropiado para su bienestar?					
55	¿Siente que usted es útil para la sociedad?					

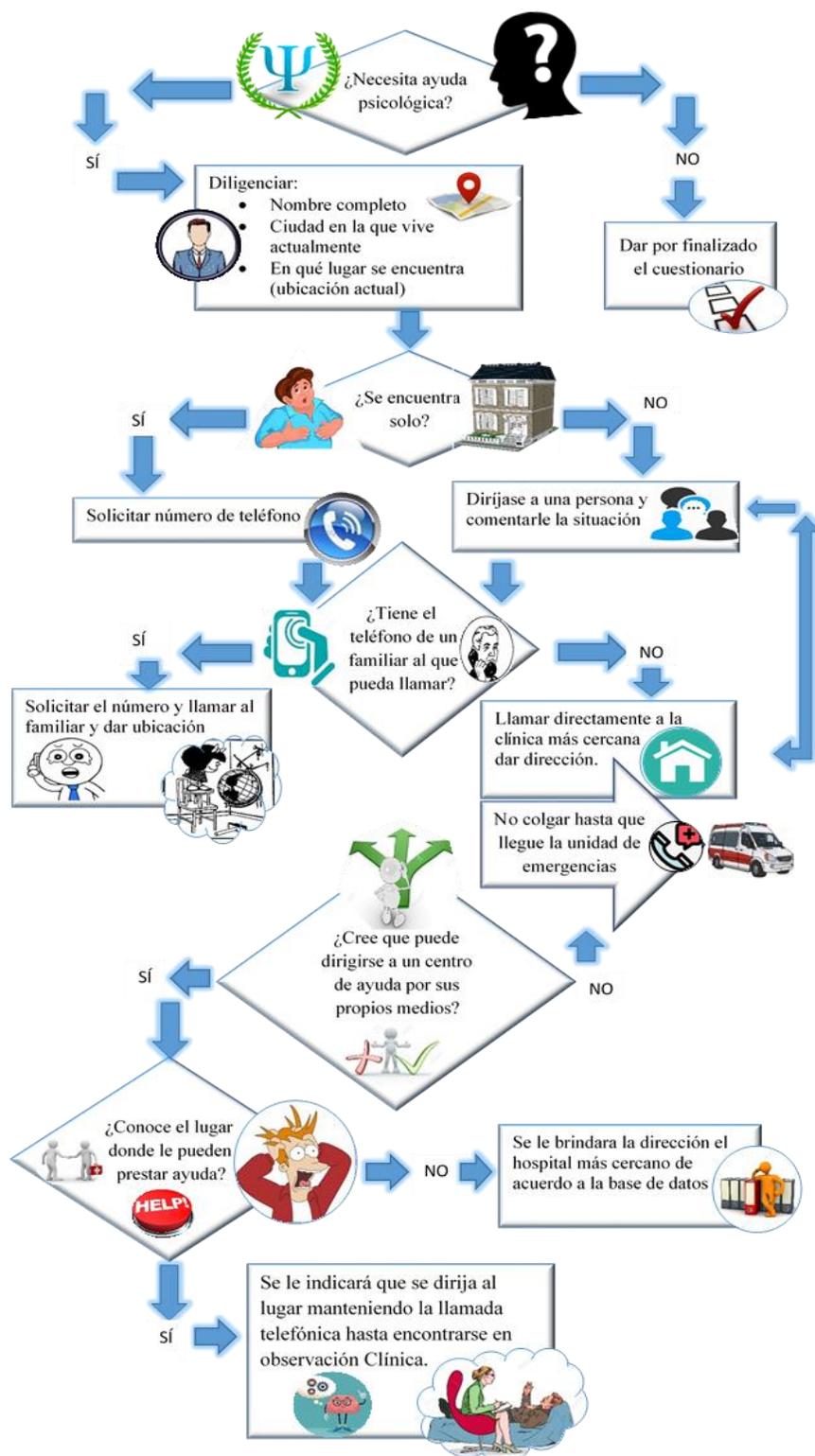
COMPONENTE BIOLÓGICO

N	ENUNCIADO	5	4	3	2	1
56	¿Alguno de sus miembros de su familia consume sustancias ¿Psicoactivas?					
57	¿Su salud altera su estado de ánimo?					
58	¿Alguno de sus familiares ha intentado suicidarse?					

59	¿Se siente enfermo constantemente o siente que su cuerpo no está lo suficientemente sano?					
60	¿Alguno de sus familiares ha padecido una enfermedad mental como la depresión, trastornos del estado de ánimo, ansiedad etc.??					

Apéndice D. Ejemplo de Protocolo de Ruta de Atención al suicidio

PROTOCOLO RUTA DE ACCIÓN



AL SUICIDIO

Apéndice E. Ejemplo de formato de juicio de expertos validación

ESCALA DE IDEACIÓN SUICIDA (IDES)

Para la construcción de este instrumento, se considerará la *ideación suicida* como pensamientos que tienen como finalidad la autoeliminación o autolesión y se fundamentará teóricamente en la propuesta de Mack (1986).

Mack propone un modelo arquitectónico del suicidio adolescente compuesto por distintos elementos procedentes de diferentes áreas del saber y que permiten explicar la conducta autodestructiva desde una perspectiva multidimensional. El primer elemento viene dado por el *macrocosmo o contexto sociopolítico*; el segundo por la *vulnerabilidad biológica del sujeto*; el tercer componente lo constituyen las *experiencias vividas* en las primeras etapas del desarrollo; el cuarto es la *estructura y organización de la personalidad*, especialmente desde la autoestima; y, en quinto lugar, la *relaciones objétales* que mantiene el individuo y el estado de tales relaciones (Mack, 1986, p. 4).

De acuerdo con los elementos dados por el modelo, se tomaron en total 5 componentes que comprenden la estructura de la prueba, cada uno de ellos definidos desde una perspectiva empírica y teórica: La **autoestima**, que se define como afecto, respeto, cariño, amor, cuidado, atención y aprecio que se tiene sobre sí mismo; también se concibe como la capacidad y autonomía de hacer las cosas, la consideración útil y valiosa de sí mismo y los pensamientos positivos hacia las acciones que desarrolla; las **relaciones interpersonales**, definido como el

vínculo afectivo y/o emocional que se genera entre dos o más personas, en donde se comparten diferentes intereses, ya sea cultural, religioso, educativo, etc.; las **experiencias vividas** se entienden como aquellas situaciones o eventos en circunstancia de haberlas presenciado o sentido, que lo hace soberano de conocimiento a aquello experimentado o vivido desde aquel momento; el **contexto sociopolítico** se define como el ambiente o entorno donde un individuo se desenvuelve de manera autónoma y mantiene permanente contacto con factores culturales, económicos, religiosos, históricos y políticos dentro de su círculo social al que pertenece; y por último, el **componente biológico**, que se define como componente biológico y genético que posee una persona, el cual determina algunos rasgos físicos, comportamentales y emocionales heredados de sus padres o familiares.

PROYECTO: CONSTRUCCIÓN Y VALIDACIÓN DE LA ESCALA IDES

Esta investigación tiene como objetivo la construcción de un instrumento de evaluación que permita identificar ideación suicida y conductas autolesivas y su validación en estudiantes universitarios del departamento de Cundinamarca.

Los ítems se construyeron considerando un número equitativo para cada dimensión que integra el instrumento. Tres expertos docentes de psicología clínica valoraron para cada ítem su claridad, pertinencia y relevancia, y la suficiencia del conjunto de ítems para cada dimensión establecida. Después de la depuración de los ítems a partir de los comentarios y sugerencias de los expertos,

se piloteó el instrumento en 300 estudiantes de la Universidad de Cundinamarca y se analizaron los resultados psicométricamente.

A partir de los resultados de la fase de pilotaje, se encontraron 43 ítems con comportamiento psicométrico sobresaliente. A continuación, se listan los ítems que conforman el instrumento hasta el momento:

Siento que mi vida tiene un propósito
Me siento seguro de mí mismo
Siento que mi vida es útil para la sociedad
Tengo pensamientos negativos hacia mí mismo
Tengo pensamientos negativos hacia mi futuro
He atentado contra mi vida
Manifiesto sentimientos de desesperanza
Considero que soy una persona capaz de cumplir los propósitos que son importantes
Considero que tomo buenas decisiones en los momentos más importantes de mi vida
Me siento feliz con mi vida
Siento que mi vida es un fracaso
Pienso que independientemente de lo haga voy a fallar
Me identifico como una persona valiosa
Siento satisfacción en las actividades que desarrolló a diario
Tengo confianza en mí mismo
Me siento querido por los demás
Me gusta mi apariencia física
Considero que hago las cosas bien
Creo que mi familia y amigos estarían mejor sin mi
Me distancio de mi familia, amigos y contextos sociales
Disfruto el tiempo que paso con mi familia o amigos
Se me dificulta establecer relaciones sentimentales o amorosas
Se me hace difícil compartir con un grupo social
Siento con frecuencia que necesito un escape a situaciones específicas de mi vida
Me siento de mal humor cuando alguien se opone a mis ideas
Me relaciono con facilidad con personas de mi edad

Hago amigos fácilmente
Me siento mejor estando siempre solo
Cada vez que realizo una actividad en grupo pienso que la estoy realizando mal
Me afecta negativamente sentirme excluido por personas que considero importantes
Me resulta difícil pedirle ayuda a los demás
Considero que he tenido motivos suficientes para terminar con mi vida
Me aferro a los hechos de mi pasado
Pienso cosas negativas acerca de mi vida
Pienso cosas positivas acerca de mi vida
He sufrido de maltrato físico, verbal o psicológico por alguna persona
Suelo poner en peligro mi vida
Alguna vez he tenido la necesidad de cortarme voluntariamente para sentirme mejor
Me he intentado suicidar
Cuando algo me sale mal, intento mejorarlo
Encuentro solución a los problemas de mi vida
Siento que soy útil para la sociedad
Siento que mi cuerpo no está lo suficientemente sano

De esta fase de pilotaje se encontraron 12 ítems con comportamiento psicométrico dudoso, por lo cual quisiéramos contar con su experiencia para que los evalúe y, así poder determinar si quedarán incluidos o excluidos del instrumento en cuestión.

JUICIO DE EXPERTOS

Para su evaluación¹, agradecemos considerar los siguientes indicadores: **PERTINENCIA:** El ítem pertenece al constructo de ideación suicida (es un indicador que permite evidenciar la presencia de este constructo). **CLARIDAD:** El ítem se comprende fácilmente para la población universitaria (la sintáctica y semántica del ítem son adecuadas). **RELEVANCIA:** El ítem es

¹ Este protocolo fue construido con base en el artículo: Escobar-Pérez, J. & Cuervo-Martínez, Á. (2008). Validez de contenido y juicio de expertos: una aproximación a su utilización. En *Avances en Medición*, 6, 27-36. Universidad Nacional de Colombia (Colombia)

importante para la evaluación del constructo de ideación suicida (es un indicador fundamental para la identificación de este constructo y, por lo tanto, se considera importante incluirlo en el instrumento). Su calificación será de SI o NO.

A continuación, se presentarán los ítems con dudoso comportamiento psicométrico, por lo cual agradeceríamos indicara si son pertinentes, claros y relevantes para la evaluación del constructo en cuestión. En caso de que su respuesta sea NO, por favor diligenciar: 1) la razón por lo cual no cumple el indicador, 2) si se debiese incluir o excluir el ítem del instrumento y 3) en caso de que indique que sí se debería incluir, un comentario de cómo podría modificarse para que cumpla con los indicadores.

#	Afirmación del ítem	¿Es pertinente?	¿Es claro?	¿Es relevante?
1	Me siento inútil			
<i>En caso de que alguna respuesta fuera NO, ¿por qué el ítem no cumple con el criterio?</i>				
<i>En caso de que alguna respuesta fuera NO, ¿se debería incluir o excluir el ítem del instrumento? En caso de que se deba incluir, ¿cómo lo modificaría para que cumpla con los indicadores?</i>				
2	Se me hace fácil establecer relaciones de amistad en mi estudio o trabajo			
<i>En caso de que alguna respuesta fuera NO, ¿por qué el ítem no cumple con el criterio?</i>				
<i>En caso de que alguna respuesta fuera NO, ¿se debería incluir o excluir el ítem del instrumento? En caso de</i>				

#	Afirmación del ítem	¿Es pertinente?	¿Es claro?	¿Es relevante?
	<i>que se deba incluir, ¿cómo lo modificaría para que cumpla con los indicadores?</i>			
3	Le doy importancia a la opinión de los demás			
	<i>En caso de que alguna respuesta fuera NO, ¿por qué el ítem no cumple con el criterio?</i>			
	<i>En caso de que alguna respuesta fuera NO, ¿se debería incluir o excluir el ítem del instrumento? En caso de que se deba incluir, ¿cómo lo modificaría para que cumpla con los indicadores?</i>			
4	Me gusta compartir tiempo con mis amigos			
	<i>En caso de que alguna respuesta fuera NO, ¿por qué el ítem no cumple con el criterio?</i>			
	<i>En caso de que alguna respuesta fuera NO, ¿se debería incluir o excluir el ítem del instrumento? En caso de que se deba incluir, ¿cómo lo modificaría para que cumpla con los indicadores?</i>			
5	Cuando tomo decisiones me dejo llevar por otras personas			
	<i>En caso de que alguna respuesta fuera NO, ¿por qué el ítem no cumple con el criterio?</i>			
	<i>En caso de que alguna respuesta fuera NO, ¿se debería incluir o excluir el ítem del instrumento? En caso de que se deba incluir, ¿cómo lo modificaría para que cumpla con los indicadores?</i>			

#	Afirmación del ítem	¿Es relevante?	¿Es claro?	¿Es relevante?
6	Me afecta emocionalmente cuando las personas me dejan de hablar o se alejan de mi			
<i>En caso de que alguna respuesta fuera NO, ¿por qué el ítem no cumple con el criterio?</i>				
<i>En caso de que alguna respuesta fuera NO, ¿se debería incluir o excluir el ítem del instrumento? En caso de que se deba incluir, ¿cómo lo modificaría para que cumpla con los indicadores?</i>				
7	Ha fallecido algún familiar o amigo con el que tuve un vínculo fuerte			
<i>En caso de que alguna respuesta fuera NO, ¿por qué el ítem no cumple con el criterio?</i>				
<i>En caso de que alguna respuesta fuera NO, ¿se debería incluir o excluir el ítem del instrumento? En caso de que se deba incluir, ¿cómo lo modificaría para que cumpla con los indicadores?</i>				
8	He tenido amigos que se han intentado suicidar			
<i>En caso de que alguna respuesta fuera NO, ¿por qué el ítem no cumple con el criterio?</i>				
<i>En caso de que alguna respuesta fuera NO, ¿se debería incluir o excluir el ítem del instrumento? En caso de que se deba incluir, ¿cómo lo modificaría para que cumpla con los indicadores?</i>				
9	He buscado en internet cómo las personas se suicidan			

#	Afirmación del ítem	¿Es pertinente?	¿Es relevante?	¿Es necesario?
	<i>En caso de que alguna respuesta fuera NO, ¿por qué el ítem no cumple con el criterio?</i>			
	<i>En caso de que alguna respuesta fuera NO, ¿se debería incluir o excluir el ítem del instrumento? En caso de que se deba incluir, ¿cómo lo modificaría para que cumpla con los indicadores?</i>			
10	Mi salud altera mi estado de ánimo			
	<i>En caso de que alguna respuesta fuera NO, ¿por qué el ítem no cumple con el criterio?</i>			
	<i>En caso de que alguna respuesta fuera NO, ¿se debería incluir o excluir el ítem del instrumento? En caso de que se deba incluir, ¿cómo lo modificaría para que cumpla con los indicadores?</i>			
11	Alguno de mis familiares ha intentado suicidarse			
	<i>En caso de que alguna respuesta fuera NO, ¿por qué el ítem no cumple con el criterio?</i>			
	<i>En caso de que alguna respuesta fuera NO, ¿se debería incluir o excluir el ítem del instrumento? En caso de que se deba incluir, ¿cómo lo modificaría para que cumpla con los indicadores?</i>			
12	Alguno de mis familiares ha padecido alguna enfermedad mental como: depresión, trastornos del estado de ánimo, ansiedad, etc.			
	<i>En caso de que alguna respuesta fuera NO, ¿por qué el ítem no cumple con el criterio?</i>			
	<i>En caso de que alguna respuesta fuera NO, ¿se debería incluir o excluir el ítem del instrumento? En caso de</i>			

#	Afirmación del ítem	¿Es pertinente?	¿Es claro?	¿Es relevante?
	<i>que se deba incluir, ¿cómo lo modificaría para que cumpla con los indicadores?</i>			

Para finalizar, agradeceríamos respondiera las siguientes preguntas con base en su experiencia:

¿considera usted que los factores biológicos (predisposición genética, antecedentes familiares, etc.) evalúan directamente la ideación suicida? ¿por qué?

¿considera usted que el componente sociopolítico (aspectos culturales, religiosos, económicos, históricos y políticos) evalúa directamente la ideación suicida? ¿por qué?

Apéndice F. ejemplo directorio de institucional para la ruta de atención

PROTOCOLO RUTA DE ACCIÓN

Objetivo: Remitir a las diferentes líneas de atención de salud mental (suicidio) e instituciones asociadas a los estudiantes que después de la realización del instrumento escala IDES, solicitan ayuda psicológica para evitar el acto consumado y se les brinde el acompañamiento psicológico que necesiten, por parte de profesionales con las competencias suficientes.

Estas líneas de atención de salud mental se dedican a dar una respuesta inmediata que tienen como función la recepción del caso y la presentación de los primeros auxilios psicológicos en el sitio, traslado del usuario a la IPS para su atención institucional y posterior apoyo psicológico con acompañamiento al núcleo familiar del paciente.

MUNICIPIO	IPS	DIRECCIÓN	TELÉFONO
AGUA DE DIOS	SANATORIO DE AGUA DE DIOS E.S.E	KR 11 No. 21-108	+57 (1) 834 50 00 Ext 1111, +57 (1) 834 21 77
ANOLAIMA	ESE HOSPITAL SAN ANTONIO DE ANOLAIMA	CALLE 3 No. 1-81	8454297
ARBELÁEZ	E.S.E. HOSPITAL SAN ANTONIO DE ARBELAEZ	CL 7 No. 8-48	8686069
CAJICÁ	ESE HOSPITAL PROFESOR JORGE CAVELIER -I- NIVEL DE ATENCION CAJICA	KR 4 No. 1-33	8795331
CÁQUEZA	E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL DE CAQUEZA	AV 5 No. 5-80	311811424 8480579 Ext 116
CARMEN DE CARUPA	ESE HOSPITAL HABACUC CALDERON DE CARMEN DE CARUPA	CALLE 2 No 1E-50	918554120
CHÍA	IPS PARA PRUEBA DE REPORTE NOVEDADES	Avenida Prueba	7491738
CHOCONTÁ	E.S.E. HOSPITAL SAN MARTIN DE PORRES DE CHOCONTA	KR 4 N.º 8- 12	8562986
CUCUNUBÁ	E.S.E. CENTRO DE SALUD CUCUNUBA	KR 4 No. 4-61	1 8580128 311 2517275

MUNICIPIO	IPS	DIRECCIÓN	TELÉFONO
EL COLEGIO	ESE HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DEL CARMEN DE EL COLEGIO	AV MEDINA No 6 - 06	(1) 847 57 10
EL PEÑÓN	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CAYETANO MARIA DE ROJAS	KR 3 No.3-09	3114487781
FACATATIVÁ	E.S.E HOSPITAL SAN RAFAEL DE FACATATIVÁ	KR 2 # 1 - 80	890 1915
FOMEQUE	E.S.E. HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL DE FOMEQUE	CL 4 No.5-00	8485024
FOSCA	CENTRO DE SALUD DE FOSCA E.S.E.	KR 1 No. 3-05	8490112
FUSAGASUGÁ	E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL DE FUSAGASUGA	TV 12 No. 22-51	3104850147 8676444
GACHETÁ	E.S.E. HOSPITAL SAN FRANCISCO DE GACHETA	KR 8 No. 6A-121	8535342
GUACHETÁ	ESE HOSPITAL SAN JOSE DE GUACHETA	CARRERA 2 No. 1 - 50	8556188
GUADUAS	E.S.E. HOSPITAL SAN JOSE DE GUADUAS	CL 4 No. 12-41	8416010
GUATAVITA	E.S.E. HOSPITAL SAN ANTONIO DE GUATAVITA	CL.6 No 6-24	8577120
JUNÍN	E.S.E POLICLINICO DE JUNIN	KR 3 N 5 - 29	8533048
LA MESA	E.S.E. HOSPITAL PEDRO LEON ALVAREZ DIAZ	CL 8 No. 25-34	918470427
LA PALMA	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN JOSÉ	KR 5 No. 1-08	3188215910
LA VEGA	E.S.E HOSPITAL SAN ANTONIO DE LA VEGA	KR 5 No. 17-15	8458814
MADRID	E.S.E. HOSPITAL SANTA MATILDE DE MADRID	KR 6 No.11-45	8253324
MEDINA	E.S.E. HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DEL PILAR DE MEDINA	KR 6 No. 11-38	6768989 3124499990
MOSQUERA	E.S.E. MARIA AUXILIADORA MOSQUERA	CL 3 No. 1-19 ESTE	8932394

MUNICIPIO	IPS	DIRECCIÓN	TELÉFONO
NEMOCÓN	ESE HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL DE NEMOCON	KR 6 No.9-40 SUR	8544121
NIMAIMA	E.S.E. CENTRO DE SALUD SAN JOSE DE NIMAIMA	KR 4 No. 5-15	8433129
PACHO	E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL DE PACHO	CL 9 A No. 17-17	8540055 - 8540185
PUERTO SALGAR	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DIOGENES TRONCOSO DE PUERTO SALGAR	KILOMETRO 1 VIA A ECOPETROL	8398212 3187344804
RICAURTE	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CENTRO DE SALUD DE RICAURTE	CL 4 No. 14B-22	8317484
SAN ANTONIO DEL TEQUENDAMA	E.S.E. HOSPITAL SAN ANTONIO DEL TEQUENDAMA	KR 5 No. 4-18	8450034
SAN JUAN DE RÍO SECO	E.S.E. HOSPITAL SAN VICENTE DE PAÚL	CL 4 No. 1-52	8465016
SASAIMA	E.S.E. HOSPITAL HILARIO LUGO DE SASAIMA	CARRERA 4 NO 8A-75	8468345
SESQUILÉ	ESE HOSPITAL SAN ANTONIO	ND	868-60-69
SILVANIA	HOSPITAL ISMAEL SILVA E.S.E.	CL 9 No. 9-25 BARRIO KENNEDY	8684026
SOACHA	E.S.E. HOSPITAL MARIO GAITAN YANGUAS DE SOACHA	CL 13 No. 10-48	7309230
SOACHA	EMPRESA DE SALUD - EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO DEL MUNICIPIO DE SOACHA	KR 2 No. 12-38	7293922
SOPÓ	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DIVINO SALVADOR DE SOPO	KR 4 No. 5-89	8571313
SUESCA	E.S.E. HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DEL ROSARIO SUESCA	CL 9A No. 3-80	856 3147
TABIO	ESE HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DEL CARMEN DE TABIO	CL 3 No. 4-00	8647222
TAUSA	E.S.E. CENTRO DE SALUD DE TAUSA	KR 4 No. 4A - 12	8583024

MUNICIPIO	IPS	DIRECCIÓN	TELÉFONO
TENJO	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SANTA ROSA DE TENJO	ND	864 64 15
TOCAIMA	E.S.E. HOSPITAL MARCO FELIPE AFANADOR DE TOCAIMA	KR 10 No. 5-64	836754 3203334148
UNE	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CENTRO DE SALUD TIMOTEO RIVEROS CUBILLOS	KR 4 No. 1-39	316 4459483 318 4343825
VERGARA	E.S.E. HOSPITAL SANTA BARBARA DE VERGARA	VEREDA EL PALMAR	8459056
VIANÍ	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO MERCEDES TELLEZ DE PRADILLA (E.S.E.) HOSPITAL VIANI PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN	KR 7 No.2-52	8441267
VILLA DE SAN DIEGO DE UBATE	E.S.E. HOSPITAL EL SALVADOR	KR 4 No. 5-44	8552569
VILLETA	E.S.E. HOSPITAL SALAZAR VILLETA	CL 1 No. 7-56	8444123
VIOTÁ	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN FRANCISCO DE VIOTA	Av. El Progreso Vía Tocaima	834 94 12 834 94 13 834 92 84
ZIPAQUIRÁ	E.S.E. HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE ZIPAQUIRA- En Liquidación	CL 10 No. 7- 52	4897069
ZIPAQUIRÁ	HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA	CRA 8 No. 0-55 SUR	4077075 EXT: 10907
APULO	TORRES VEGA Y CIA LTDA	KR 7 C No.31-72	3105027509
ARBELÁEZ	INSTITUTO DE HERMANAS FRANCISCANAS DE SANTA CLARA	CL 7 No. 11-95	8686049
CACHIPAY	CENTRO MEDICO SAN JOSE CACHIPAY E.U.	KR 8 No.4-30	3153359494
CAJICÁ	ASOCIACION HOGAR PARA EL NIÑO ESPECIAL	KR 75 # 3 62	8660321
CAJICÁ	CENTRAL DE SERVICIOS MEDICOS CAJICA LTDA	CALLE 4 No. 3A- 05 VIA HATO GR	8660839

MUNICIPIO	IPS	DIRECCIÓN	TELÉFONO
	INSTITUCION PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD IPS		
CAJICÁ	CENTRO MEDICO SAN LUIS CLINICA QUIRURGICA SOCIEDAD EN COMANDITA	cl 1a 3 - 67	8795760
CAJICÁ	CLINICA ESPART EN SALUD E.U	DG 4N° 1E-96 LC 4	8795264
CAJICÁ	LABINTOX LIMITADA	CL 3 No. 3-40	6263251
CAJICÁ	M E MEDICINA DE ESPECIALISTAS LTDA	CL 4 No. 4-44 OF 05	8795530
CAJICÁ	ROLDAN MORALES Y CIA LTDA	CL 5 A No. 6-07	8663589
CAJICÁ	SIERVAS DE CRISTO SACERDOTE - HOGAR CLARITA SANTOS	VEREDA RIO GRANDE SR EL MISTERIO	2339418
CAJICÁ	SOCIEDAD DE ENFERMERAS PROFESIONALES LTDA	Villa Emaús vereda Rio frio - la Palma	2590538
CAQUEZA	CENTRO MEDICO CAQUEZA E.U	Av. 4° No. 4A-19	8480133
CAQUEZA	TRIBELCER S.C. S	KR 5 No. 3-08 PI2	8480241
CHÍA	ACCIONES Y ESTRATEGIAS TERAPEUTICAS S.A.S.	Kr.1 A No.11-130 Cs.210	8619423
CHÍA	ANALIZAR LABORATORIO CLINICO AUTOMATIZADO S.A.	CL 103 # 14 A 76	6580000
CHÍA	ASOCIACION DE PROFESIONALES CLINIMEDIC Y SALUD OCUPACIONAL LTDA.	CALLE 11 No. 13-43	8633401
CHÍA	ASOCIADOS EN IMÁGENES DIAGNOSTICAS LTDA	AV Pradilla 0 - 115 ES	8572968 8621120
CHÍA	BIODENTIST LIMITADA	AV pradilla No. 5-92	8630342
CHÍA	CAD PSICOTERAPEUTICO Y REEDUCATIVO SAN RAFAEL LTDA	Vereda La Balsa Finca EL OASIS	8623090 8638985 3153941616 3202941525
CHÍA	CENTRO DE ATENCION MEDICA DIVINO NIÑO JESUS	CRA. 13 No. 16A-19	8623569

MUNICIPIO	IPS	DIRECCIÓN	TELÉFONO
CHÍA	CENTRO MEDICO Y DIAGNOSTICO LABYMED LIMITADA	CRA. 10 No. 12-47	8630585
CHÍA	CLINICA CHIA S. A	CALLE 6 No. 10-125	5938080
CHÍA	CLINICA NUESTRA SEÑORA DE LA PAZ	CALLE 13 # 68 F 25	2921277
CHÍA	CLINICA SAN JUAN DE DIOS	AV. PRADILLA 5E- 140	8620533
CHÍA	CORPORACION CLINICA UNIVERSITARIA TELETON	Km. 21 Autopista Norte- La Caro	8617777
CHÍA	FOQUS IPS LTDA	AV PRADILLA No.9 - 00 ES S/E ARM2 OF 411	8651212
CHÍA	PREVENTIVE CARE LTDA	KR 1a 11 130 CS 205.	8615023
CHÍA	RED SABANA LTDA.	CALLE 11 No. 11-43 PISO 2	2581017
CHÍA	SALUD FISICA INTEGRAL LTDA	KR 17 No. 13-99	8636749
CHÍA	UNIDAD MEDICA DE ESPECIALISTAS DEL NORTE DE LA SABANA	AV. PRADILLA No. 0-111ESTE	8621120
COTA	CIMAD IPS	CL 13 No:5-25	8640692
COTA	CLINICA JUAN N CORPAS LTDA.	KR 4 No. 12-50	8640469
COTA	INVERSIONES AGPOLO LIMITADA	CL 3 N° 12-60 IN 2b	6361848
EL COLEGIO	CENTRO MEDICO IRMED LIMITADA	CL 8 No. 6-42	3108117285
EL COLEGIO	CENTRO MEDICO REGIONAL SANTA MARIA LTDA	KR 6 N° 8 - 08	8475360
EL ROSAL	SISALUD LTDA.	CALLE 62 No. 88A-32 LOCAL 103	7145609
EL ROSAL	UNIDAD MEDICA EL ROSAL LTDA.	KR 6 No 6 -72	918240685
FACATATIVÁ	AMBULANCIAS PLENITUD LTDA	KR 7 No. 13-95	8428090
FACATATIVÁ	CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR COMPENSAR	KR 7 No. 11 - 14	8436518 8437446

MUNICIPIO	IPS	DIRECCIÓN	TELÉFONO
FACATATIVÁ	CENTRO DE DIAGNOSTICO MEDICO CEDIMED LTDA.	CALLE 15 No. 5-74	8426333
FACATATIVÁ	CLINICA & DIAGNOSTICO MEDICO DE CUNDINAMARCA CEDIMEC LTDA.	CL 15 No. 5-74	8424903
FACATATIVÁ	CLINICA SANTA ANA LTDA.	CL 3 No. 4-22	8424598 8924025 8429767
FACATATIVÁ	CORVESALUD LTDA	KR 3 No. 6 - 89	3384004
FACATATIVÁ	DISALUD UNIDAD MEDICA FAMILIAR EU	CL 4 No. 2-60	8922045
FACATATIVÁ	EMMANUEL INSTITUTO DE REHABILITACION Y HABILITACION INFANTIL LTDA	KM 3 VIA FACATATIVA - VILLETA	3012954421
FACATATIVÁ	FUNSALUD DE LA SABANA SOCIEDAD POR ACCIONES SIMPLIFICADA	CL 3 N. 4 - 97	8910019
FACATATIVÁ	INNOVAR SALUD LTDA	KR 7 # 11 -14	6098585
FACATATIVÁ	UNIDAD MEDICA INTEGRAL LTDA.	CL 6 No. 1-65	8430365
FUNZA	BIOMEDICA IPS	CALLE 13 No. 11-40	8263125
FUNZA	CAJA COLOMBIANA DE SUBSIDIO FAMILIAR COLSUBSUBSIDIO	kr 9 no. 17A- 95 3er Piso	8471150
FUNZA	HUMANA-VITAL S.A. S	CL 11 No 10A-79	8263636
FUSAGASUGÁ	CM AMBULANCIAS & COMPAÑÍA LTDA	CL 17 bis # 12-28	8670275
FUSAGASUGÁ	EMPRESA ASOCIATIVA DE TRABAJO ASISTIR MEDICA	KR 7 NUMERO 18-56	8675862 8732734
FUSAGASUGÁ	EMPRESA ASOCIATIVA DE TRABAJO MULTIASISTIR	CL 6 No.5-21	8734887
FUSAGASUGÁ	FUNDACIÓN LA LUZ	Km. 68 Vía Bogotá - Melgar Finca los Cábmulos	5743171849
FUSAGASUGÁ	FUNDACION SUTAGAO	AC 4 No. 7-12	3254080

MUNICIPIO	IPS	DIRECCIÓN	TELÉFONO
FUSAGASUGÁ	IPS FUSADENT CENTRO MEDICO ODONTOLOGICO EU	KR 8 No. 9-57	8672570
FUSAGASUGÁ	SALUD MEDICOS ESPECIALISTAS SA	KR 12 No.17A-38	8868214 - 8669521 8717155
FUSAGASUGÁ	SANCHEZ CORTEZ ASOCIADOS S A S	KR 7 No. 5 - 49	8671949
FUSAGASUGÁ	UNIDAD DE SALUD FISICA CORPORAL E.U	KR. 11 A. No. 20-67	8866121
GACHETÁ	FUNSAIUD IPS GUAUVIO E.U	KR 5 No 5 - 52	3133953388
GIRARDOT	ATENDER SALUD LIMITADA	CL 20A No. 7A-41	8353014
GIRARDOT	CRECER CENTRO DE VACUNACION LIMITADA	CL 20 No. 8-15 BARRIO GRANADA	8353824
GIRARDOT	ESCANDON DENTAL CLINIC LIMITADA	KR 75 # 24 D 54	8311767
GIRARDOT	FUNDACION MEDICA FUNDEMAG	Cl 21 N° 11-40	8324462
GIRARDOT	HOLISALUD I.P.S LTDA.	TV. 31 No. 7B-42	8353891
GIRARDOT	MEDICAR SALUD LIMITADA	CL 21 No. 8-41	8305522
GIRARDOT	SIS SERVICIOS INTEGRALES DE SALUD DE GIRARDOT (CENTRO DE RECONOCIMIENTO DE CONDUCTORES)	KR 7 No. 29-87	8305885
GIRARDOT	SUSALUD IPS	CRA. 8A No. 20-58	8314508
GIRARDOT	UNICLINICA INTEGRAL LTDA IPS	CL 16 N 11 82 OF 201	8352210
GRANADA	SERVICIOS INTEGRALES DE SALUD SEIS IPS Y CIA LTDA.	CRA. 14 No. 10-48 PISO 2 L.2	6436131
GUADUAS	UNISAPLUD 2000 GUADUAS IPS LTDA	CL 1 SUR 4 22-26	8466393
LA CALERA	CAPITULO V LTDA	FINCA LAS LANTANAS VEREDA SAN CAYETANO	18051570
LA MESA	ASOMEDICA LTDA.	CALLE 4A No. 21-50 PISO 2	8471724
LA MESA	FUNDACION MESALUD	KM 52 VIA ANAPOIMA	8471777

MUNICIPIO	IPS	DIRECCIÓN	TELÉFONO
LA MESA	GRANADA HEALTHCARE S.A. I.P.S.	KR 81 B # 52 A - 29 Sur.	8471724
LA MESA	MESALUD LTDA	KR 25 No. 5-16	7677897
LA MESA	SERVIMED LTDA	KR 8 No. 7 - 38	8472643
LA MESA	UNIDAD MEDICA LA MESA	KR 25 No. 8-40	8974555
LA PEÑA	PEP SALUD	DG 94 L NUMERO 88	945 00 60 00
LA VEGA	IPS CENTRO MEDICO SANTA MARIA LIMITADA	CLL 20 No. 2-24	7454949
MADRID	BIENESTAR Y PROTECCION LABORAL SAS ESPECIALISTAS EN SALUD OCUPACIONAL SAS	kr 5 No. 5 - 23	8252090
MADRID	FUNDACION SANTA FE DE BOGOTA	CL 7 19-93	8252001 8457292
MADRID	IPS ASOCIADOS MADRID LTDA.	CENTRO COMERCIAL LOS PINOS LOC	8251132
MOSQUERA	CUERPO DE BOMBEROS VOLUNTARIOS DE MOSQUERA	CALLE 2E No. 5-36	8278666
NILO	AMBULANCIAS MEDICAL HELP LIMITADA	Km 20 VIA BOGOTA - GIRARDOT- CCO LA ESMERALDA	3115131429
PACHO	IPS ""SALUDVIDA""	CALLE 7 No. 19-08	8541327
PACHO	SOCIEDAD DE ESPECIALISTAS EN SERVICIOS DE REHABILITACION INTEGRAL EN SALUD SERISALUD IPS LTDA	CL 9 N° 21 - 23	8458977
PACHO	UNIDAD MEDICA DE PACHO	CL 8 N° 16-25	8541016
PARATEBUENO	TU BIENESTAR1 IPS LTDA	CL 4 No 6-25	3112317857
PUERTO SALGAR	SANAR SALUD IPS LTDA	CRA. 4 No. 11-26	8572497
SAN ANTONIO DEL TEQUENDAMA	ASOCIACION NARCONON COLOMBIA	FINCA ALEJANDRIA KM 1 VIA A SANTANDERCITO	8473609
SASAIMA	HOGAR SAN JOSE PARA ANCIANOS	KR 4 N° 6 - 21	8468075

MUNICIPIO	IPS	DIRECCIÓN	TELÉFONO
SIBATÉ	COLMEDICOS ASOCIADOS LIMITADA	CL 15 # 55 35	7250420
SIBATÉ	CONGREGACION DE LAS HERMANAS DE LA CARIDAD DOMINICAS DE LA PRESENTACION DE LA SANTISIMA VIRGEN	KR 9 No. 22-84	8626210
SIBATÉ	CORPORACION PARA LA SALUD LIMITADA CORPASALUD LTDA.	CRA. 7 No. 9-88	7250968
SIBATÉ	HIJAS DE LA CARIDAD DE SAN VICENTE DE PAUL	CL 22 C # 26 75	7250989
SILVANIA	FUNDACION GRAN SALUD IPS	CLL 9 No. 5 -11 CENTRO	7797909
SOACHA	AMBULANCIAS ANGELES AMIGOS LTDA.	CL 14 No. 7-70	51650081
SOACHA	AMBULANCIAS ANGELES AMIGOS LTDA.	DIAGONAL 23 N° 6 B 12 ESTE	7225034
SOACHA	APOYO TERAPEUTICO AMBA LTDA AT AMBA LTDA.	CL 7A No.11-34	4145979
SOACHA	ASISTIR SALUD LTDA.	DG 7 No. 8-21	7757878
SOACHA	BUITRAGO & GRANDAS LTDA	KR 4 No. 17-04	2726484
SOACHA	CENTRO ASISTENCIAL SAN MATEO	AV. 30 No. 1 BIS 25	7212369
SOACHA	CIUDAD SALUD COLOMBIA IPS SA	KR 23A NO 64 - 03 SUR	7310241
SOACHA	CLINICA SAN RAFAEL ARCANGEL IPS S.A.	CALLE 13 No. 1-03	5759292
SOACHA	CLINICA SOACHA LIMITADA	CRA. 7 No. 11-42	7122204
SOACHA	CRITICAL LAB SOACHA	CL 17 N. 7-17	7812884
SOACHA	FAMIMEDICA S.A.	KR 7 No.16-59 BARRIO LINCON	6820906
SOACHA	GRUPO MEDICO ALTRUSALUD LIMITADA	CRA. 3A No. 18-76 BARRIO EL DO	7814193
SOACHA	IPS CDA SALUD COLOMBIA BOSA	TV 54 No. 60-853	6525273

MUNICIPIO	IPS	DIRECCIÓN	TELÉFONO
SOACHA	OPTIRED LTDA	TV 7 No 11 - 89	7776160
SOACHA	ORAL SISTEM CLINICAS ODONTOLOGICAS ESPECIALIZADAS LTDA	CL 13 N°6-07 PI 3	7218418
SOACHA	POLICLINICO COMPARTIR LTDA.	CRA. 13 No. 3-88 SUR	7120981
SOACHA	PREVENCION SALUD IPS LTDA.	KR 10 No. 11-96	4145979
SOACHA	SALUD CAPITAL IPS	CALLE 14 No. 6-07	5760082
SOACHA	SALUD Y CONSTRUCCIONES CONSTSALUD S.A.	KR 7 No. 24A- 19 P3	7321367
SOACHA	SERVIR SALUD LTDA	KR 3A No. 18-76	7814193
SOACHA	TRANSMEDIC EU.	kR 7 15-11	8120620
SOACHA	UNIDAD MEDICA COMUNITARIA LEON XIII	CALLE 6 No. 9-30	7762390
SOACHA	UNIDAD MEDICA QUIRURGICA SAN LUIS	CRA. 7B No. 7-129	5296376
SOACHA	VIRREY SOLIS IPS. S.A.	KR 4 No.18-44	3725000
SOACHA	XUA SALUD LIMITADA	CALLE 13 No. 3-05	7812805
SOPÓ	FUNDACION GENESIS DE COLOMBIA	LT A-6 VEREDA APOSENTOS	2742505
SUBACHOQUE	SERVICIOS MEDICOS SUBACHOQUE LIMITADA	CALLE 3 No. 4-21	8245267
TAUSA	IPS TAUSALUD EU	VEREDA BOQUERON	8527864
TENJO	CLINICA DE TENJO LTDA.	CRA. 6 No. 1A-04	8645062
TENJO	CLINICA PARTENON LTDA	KR 7 No. 13-95 PI 4	8428090
TENJO	Fundación Argos Panoptes	Km 1 vía Tenjo-Tabio. Vereda Chince. Finca Jacaranda	8645274 312 3871512
TOCANCIPÁ	SERVICIOS MEDICOS ECOVIDA SOC. LTDA. CENTRO DE MEDICINA PREVENTIVA ECO- VIDA	CALLE 11 No. 4-27	8785595

MUNICIPIO	IPS	DIRECCIÓN	TELÉFONO
VILLA DE SAN DIEGO DE UBATE	CENTRO INTEGRAL DE REHABILITACION UBATE SAS	CL 5 No. 9-62	3102225704
VILLA DE SAN DIEGO DE UBATE	CENTRO MEDICO PROVINSALUD IPS SOCIEDAD DE RESPONSABILIDAD LTDA	KR 8 No. 8-19	8552689
VILLA DE SAN DIEGO DE UBATE	CRC UBATE LIMITADA	KR 6 N° 6 - 38	8890259
VILLA DE SAN DIEGO DE UBATE	SALUD OCUPACIONAL DE LA SABANA LTDA	KR 5 # 5 - 72	8890601
VILLA DE SAN DIEGO DE UBATE	UNIDAD MEDICA VILLA DE SAN DIEGO ORLUZ LTDA	KR 5 No. 5-72	8890601
VILLETA	AMCACEL LIMITADA	KM 2 VÍA TOBIA VILLETA BAGAZAL	8444358
VILLETA	CAMPAJ LIMITADA	DG 3 No. 3-201	3144436667
VILLETA	SALUD ALIANZA LTDA	KR 16 # 68 74	7577219
VILLETA	UNIDAD MEDICA CENTRAL IPS LTDA.	CALLE 5 No. 6-51	8445213
ZIPAQUIRÁ	A&G SERVICIOS DE SALUD S.A	AV. 15 No. 4A-60	8515950
ZIPAQUIRÁ	CENTRO MEDICO VIDARSALUD	CRA. 7 No. 8-91	8526706
ZIPAQUIRÁ	CLINICA ZIPAQUIRA S.A.	CALLE 5 No. 10A-28	8521543
ZIPAQUIRÁ	COOPERATIVA DE SERVICIOS DE SALUD INTEGRAL COOPERATIVA SAN- ARTE IPS	CL 7 A No. 10-55	8526864
ZIPAQUIRÁ	CREAR MAS VIDA S.A.	TV 48 No. 95 A-60	7423466
ZIPAQUIRÁ	CREASALUD Y CIA LTDA	CRA. 10A No. 6-59	8521454
ZIPAQUIRÁ	CRUZ ROJA COLOMBIANA SECCIONAL CUNDINAMARCA Y BOGOTA	AV. 68 No. 66-31	4281111
ZIPAQUIRÁ	IPS OIRX LADY VELASCO E.U	KR 16 # 5 - 27	3133906443
ZIPAQUIRÁ	IPS VIDA ANALISIS Y SALUD VIANSAL LTDA.	CRA. 11 No. 7-14 ALGARRA I	8521939
ZIPAQUIRÁ	MEDALCOM LTDA	KR 16 No 6-15 LC 101	8520593

MUNICIPIO	IPS	DIRECCIÓN	TELÉFONO
ZIPAQUIRÁ	SOCIEDAD MEDICA ZIPAQUIRA Y CIA LTDA	KR 15 No. 4A-103	8520592
ZIPAQUIRÁ	SOCIEDAD PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD- POR SALUD LTDA.	CRA. 10A No. 6-72	8522685

Apéndice G. diagramación del instrumento para la validación

Investigación Cuestionario IDES

La siguiente investigación tiene como objetivo la validación de un cuestionario que indaga sobre algunos aspectos psicosociales en estudiantes universitarios. El cuestionario consta de 39 preguntas de VERDADERO/FALSO y tiene una duración aproximada de 15 minutos.

La participación en esta investigación es anónima y voluntaria. Usted podrá desistir de responder alguna pregunta del cuestionario si así lo desea y la información recopilada por el mismo NO será utilizada de manera individualizada, manteniendo su confidencialidad. La información recopilada por este estudio será utilizada únicamente con fines académicos.

Si tiene alguna inquietud adicional, con gusto será resuelta a través del correo electrónico

escalaidescun@gmail.com

¿Acepta participar en nuestra investigación?

- Si
- No

Datos generales del participante

Estos datos se utilizarán de manera confidencial y únicamente con fines académicos.

Sexo

- Mujer
- Hombre

Edad

- Menor de 18 años
- Entre 18 y 20 años
- Entre 21 y 25 años

- Entre 26 y 30 años
- Mayor de 30 años

Estrato socioeconómico

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6
- 7
- Sin asignación

Estado civil

- Soltero
- Casado
- Divorciado
- Viudo
- Unión libre
- Otro

Religión

- Católico
- Cristiano
- Protestante
- Evangélico

- Musulmán
- Budista
- Judeocristiana
- Otro
- Ninguno

¿Pertenece a algún grupo étnico?

- No se identifica
- Indígena
- Gitano/Rom
- Raizal de archipiélago
- Palenquero/a de san Basilio
- Negro/a, Mulato/a, Afrocolombiano/a
- Sin información

¿Pertenece a la población LGBTI?

- Si
- No

¿Actualmente usted es estudiante universitario?

- Si
- No

Si en la respuesta anterior indicó SI, responda las siguientes preguntas:

Actualmente cursa estudios de

- Pregrado

- Especialización
- Maestría
- Doctorado
- Otro

¿Cuántos semestres lleva aprobados?

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6
- 7
- 8
- 9
- 10
- 11
- 12

Tipo de universidad

- Pública
- Privada

Cuestionario IDES

Instrucciones

Este cuestionario consta de una serie de afirmaciones, a las cuales usted deberá responder VERDADERO o FALSO, según su propia experiencia. Si la afirmación no tiene consideración en su caso o algo de lo que no podría afirmar con seguridad si es verdadero o falso, no marque en ninguno de los espacios y proceda con las siguientes afirmaciones.

Agradecemos responder con total sinceridad a cada una de las afirmaciones y en lo posible, no deje alguna sin respuesta.

ITEM	V	F
Hago amigos fácilmente		
Frecuentemente pienso cosas negativas acerca de mi vida		
Me gusta mi apariencia física		
Suelo tomar buenas decisiones en momentos importantes de mi vida		
Me considero capaz de cumplir los propósitos que son importantes para mí		
Considero que he tenido motivos suficientes para terminar con mi vida		
Siento satisfacción en las actividades que desarrollo a diario		
Con frecuencia pienso cosas positivas acerca de mi vida		
Me siento querido por la mayoría de las personas cercanas a mi vida		
Me resulta difícil pedirle ayuda a los demás		
Me siento inútil en las actividades que desempeño diariamente		
Me he intentado suicidar		
Me afecta excesivamente sentirme excluido por personas que considero importantes para mí		
Pierdo la esperanza cuando algo me sale mal		
He tenido la intención de agredirme voluntariamente para sentirme mejor		
Siento que todo lo que realizo me sale mal		
Me siento feliz con mi vida		

Me aferro a los hechos de mi pasado	
Me identifico como una persona valiosa	
Me siento de mal humor cuando alguien se opone a mis ideas	
Siento que mi vida es un fracaso	
Manifiesto sentimientos de desesperanza	
Siento con frecuencia que necesito un escape a situaciones específicas de mi vida	
Siento que soy útil para la sociedad	
Se me dificulta establecer relaciones sentimentales	
Disfruto el tiempo que paso con mi familia o amigos	
Me afecta demasiado las opiniones negativas de los demás	
Suelo encontrar solución a los problemas de mi vida	
Me siento muy mal cuando las personas me dejan de hablar o se alejan de mí	
Últimamente he sufrido de maltrato físico, verbal o psicológico por alguna persona	
Me suelo sentir mejor estando solo	
Creo que mi familia y amigos estarían mejor sin mi	
Tengo confianza en mí mismo	
Considero que hago las cosas bien	
He atentado contra mi vida	
Tengo pensamientos negativos hacia mi futuro	
Pienso que independientemente de lo haga voy a fallar	
Se me hace difícil compartir con un grupo social	
Me suelo distanciar de mi familia, amigos o personas cercanas por decisión propia	

¿Le gustaría participar en la siguiente fase de nuestra investigación respondiendo otro cuestionario en los próximos días?

- Si
- No

Si su respuesta anterior fue SÍ, por favor escriba su correo electrónico para hacerle llegar el cuestionario:

Agradecemos su valiosa participación en esta investigación.

Todos los derechos reservados.

Esta publicación no puede ser reproducida, ni en todo ni en parte, ni registrada en o transmitida por un sistema de recuperación de información, en ninguna forma ni por ningún medio, sea mecánico, fotoquímico, electrónico, magnético, electroóptico, por fotocopia, o cualquier otro medio, sin el permiso previo por escrito de los autores.

Autores: J.L. León, K. Y. Fierro, D. Aragonéz en Supervisión de R. Narváez