

La sombra del suicidio: un análisis multifactorial de la conducta autodestructiva



Grupos de investigación:

Pasos de Libertad, Universidad Nacional Abierta y a Distancia (UNAD)

Aplicaciones de Estadística Multivariantes (GAEM), Universidad Católica de Colombia (UCC)

Centro de Investigación y Acción Psicosocial Comunitaria (CIAPSC).



LA SOMBRA DEL SUICIDIO: UN ANÁLISIS MULTIFACTORIAL DE LA CONDUCTA AUTODESTRUCTIVA

Autores:

Amparo Quintero Padilla

Liliana Oviedo Tovar

Liliana Sánchez Ramírez

Ronald Alberto Toro Tobar

Jeisson Tobías Rengifo Cuervo

Grupos de investigación:

Pasos de Libertad, Universidad Nacional Abierta y a Distancia (UNAD)

Aplicaciones de Estadística Multivariantes (GAEM), Universidad Católica de Colombia (UCC)

Centro de Investigación y Acción Psicosocial Comunitaria (CIAPSC).

UNIVERSIDAD NACIONAL ABIERTA Y A DISTANCIA – UNAD

Jaime Alberto Leal Afanador

Rector

Constanza Abadía García

Vicerrectora Académica y de Investigación

Leonardo Yunda Perlaza

Vicerrector de Medios y Mediaciones Pedagógicas

Edgar Guillermo Rodríguez Díaz

Vicerrector de Servicios a Aspirantes, Estudiantes y Egresados

Leonardo Evemeleth Sánchez Torres

Vicerrector de Relaciones Intersistémicas e Internacionales

Julialba Ángel Osorio

**Vicerrectora de Inclusión Social para el Desarrollo Regional
y la Proyección Comunitaria**

Martha Viviana Vargas Galindo

Decana Escuela de Ciencias Sociales Artes y Humanidades

Juan Sebastián Chiriví Salomón

Líder nacional del Sistema de Gestión de la Investigación (SIGI)

Martín Gómez Orduz

Líder Sello Editorial UNAD

LA SOMBRA DEL SUICIDIO: UN ANÁLISIS MULTIFACTORIAL DE LA CONDUCTA AUTODESTRUCTIVA

150.7
O77

Quintero Padilla, Amparo

La sombra del suicidio: un análisis multifactorial de la conducta autodestructiva/ Amparo Quintero Padilla, Liliana Oviedo Tovar, Liliana Sánchez Ramírez ... [et al.] -- [1.a. ed.]. -- Bogotá: Sello Editorial UNAD/2024. Grupo de Investigación: Pasos de Libertad, Universidad Nacional Abierta y a Distancia (UNAD) Aplicaciones de Estadística Multivariantes (GAEM), Universidad Católica de Colombia (UCC) Centro de Investigación y Acción Psicosocial Comunitaria (CIAPSC)

ISBN: 978-628-7786-86-8

e-ISBN: 978-628-7786-87-5

1. Salud mental 2. Factores de riesgo psicosocial 3. Dolor psicológico invisible 4. Pos-
vención 5. Narrativas del dolor I. Quintero Padilla, Amparo II. Oviedo Tovar, Liliana III.
Sánchez Ramírez, Liliana VI. Toro Tobar, Ronald Alberto V. Rengifo Cuervo, Jeisson Tobías

Catalogación en la publicación – Biblioteca Universidad Nacional Abierta y a Distancia.

Autores:

Amparo Quintero Padilla

Liliana Oviedo Tovar

Liliana Sánchez Ramírez

Ronald Alberto Toro Tobar

Jeisson Tobías Rengifo Cuervo

ISBN: 978-628-7786-86-8

e-ISBN: 978-628-7786-87-5

Escuela de Ciencias Sociales, Artes y Humanidades - ECSAH

©Editorial

Sello Editorial UNAD

Universidad Nacional Abierta y a Distancia

Calle 14 sur No. 14-23

Bogotá, D.C.

Septiembre de 2025

Corrección de textos: Paula Alexandra Bermúdez

Diagramación: Paola Andrea D' Luyz Monsalve

Edición integral: Hipertexto - Netizen

Cómo citar este libro: Toro Tobar, R., Sánchez Ramírez, L., Quintero Padilla, A., Oviedo Tovar, L, y Rengifo Cuervo. J. (2025). *La sombra del suicidio: un análisis multifactorial de la conducta autodestructiva*. Sello Editorial UNAD. <https://doi.org/10.22490/UNAD.9786287786875>

Esta obra está bajo una licencia Creative Commons - Atribución – No comercial – Sin Derivar 4.0 internacional. https://co.creativecommons.org/?page_id=13.



LOS AUTORES

Ronald Alberto Toro Tobar

Doctor en Salud, Psicología y Psiquiatría (línea de evaluación e intervención psicológica) [Universidad de Almería, España], magíster en Psicología (línea de psicología clínica), especialista en Psicología Clínica y psicólogo [Universidad Católica de Colombia]. Se desempeña como docente de pregrado y postgrado en la Universidad Católica de Colombia y es el líder de la línea de métodos de investigación aplicados a las ciencias del comportamiento. Grupo de Investigación en Aplicaciones de Estadística Multivariantes (GAEM). ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6061-3499>

Liliana Sánchez Ramírez

Magíster en Psicología (línea de psicología clínica), especialista en Psicología Clínica [Universidad Católica de Colombia] y psicóloga [Universidad de Ibagué]. Se desempeña como docente e investigadora en la Universidad Nacional Abierta y a Distancia (UNAD). Es líder del semillero de investigación Huellas Universitarias. Grupo de investigación Pasos de Libertad de la línea Intersubjetividades, Contextos y Desarrollo. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3517-5196>

Amparo Quintero Padilla

Doctora en Psicología Social [Atlantic International University, Hawaii, USA], magíster en Educación [Pontificia Universidad Javeriana], especialista en Psicología Clínica y de la Salud [Universidad Nacional de Colombia] y psicóloga [Universidad Católica de Colombia]. Se desempeña como docente e investigadora en la Universidad Nacional Abierta y a Distancia (UNAD). Investigadora en el grupo de investigación Pasos de Libertad (UNAD) ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0329-1400>

Liliana Oviedo Tovar

Magíster en Educación en Línea [Universidad Nacional Abierta y a Distancia Sede Florida], especialista en Desarrollo Social y Participación Comunitaria [Universidad del Tolima], licenciada en Ciencias Sociales [Universidad del Tolima]. Se desempeña como docente e investigadora en la Universidad Nacional Abierta y a Distancia (UNAD) del grupo de investigación Pasos de Libertad en la línea intersubjetividades, contextos y desarrollo. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8273-0079>

Jeisson Tobías Rengifo Cuervo

Magíster en Educación y psicólogo [Universidad Surcolombiana]. Gestor psicosocial [Ministerio de Salud y Protección Social]. Director del Centro de Investigación y Acción Psicosocial Comunitaria (CIAPSC) de la Universidad Nacional Abierta y a Distancia (UNAD). Investigador del grupo de investigación Pasos de Libertad. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5029-8103>

RESEÑA DEL LIBRO

El presente documento es una obra derivada de un proyecto de investigación destinado al análisis de la conducta suicida en el departamento del Tolima, Colombia. Se trata de una alianza entre dos instituciones de educación superior del país: la Universidad Nacional Abierta y a Distancia (UNAD) y la Universidad Católica de Colombia (UCC), las cuales, ante los reiterados casos de intento de suicidio y muerte por suicidio en el departamento, encaminaron esfuerzos de investigación para la obtención de respuestas derivadas de la evidencia científica.

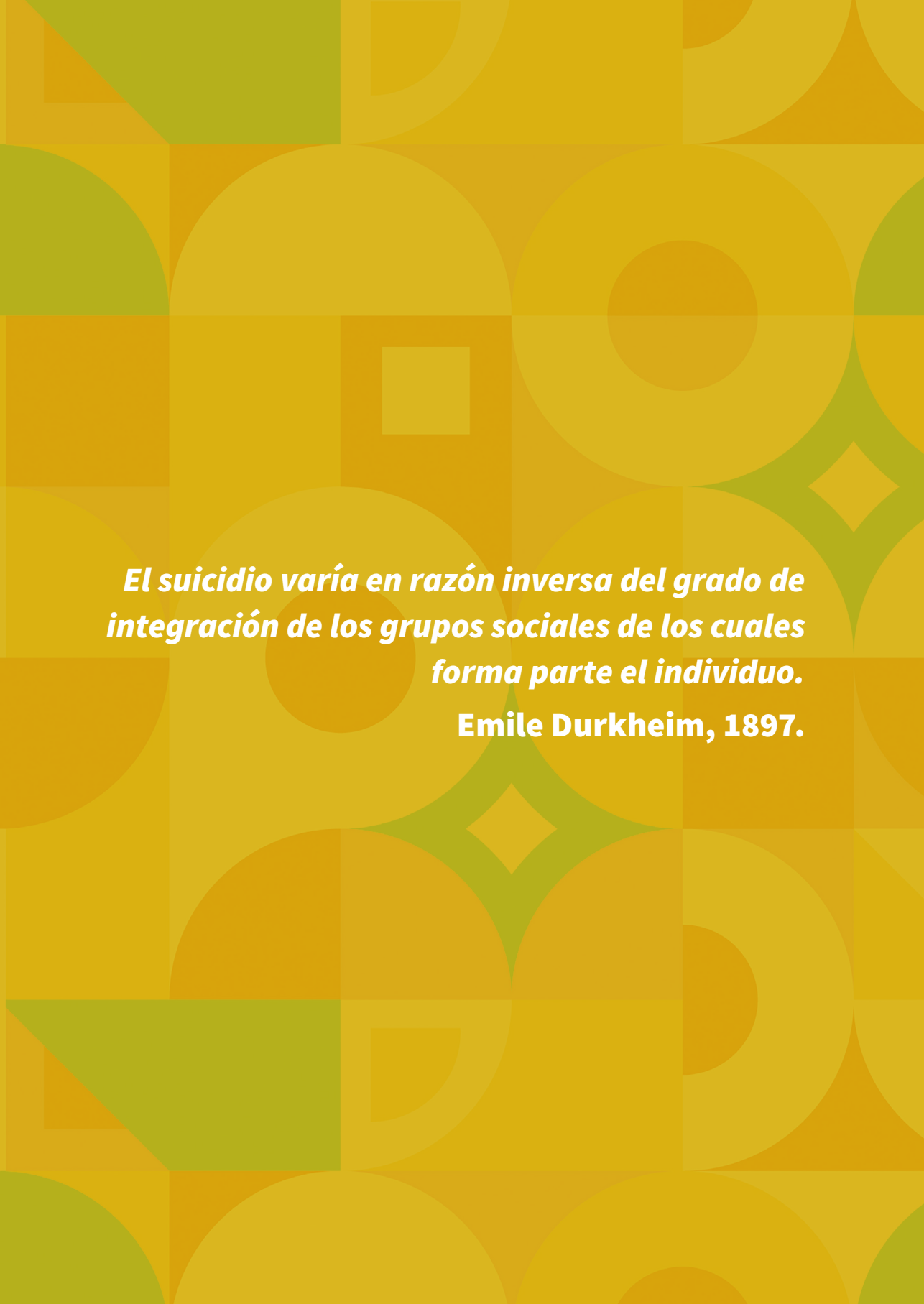
El texto se compone de tres partes.

En primer lugar, se presenta una contextualización conceptual y teórica de la conducta suicida, dado que las propuestas recientes han sido variadas en las últimas décadas, y los avances que estas han aportado han generado nuevos avances en torno a los mecanismos explicativos del suicidio y, por supuesto, nuevas maneras de intervenir a tiempo antes del intento de suicidio y la muerte por suicidio. Además, se brinda un panorama epidemiológico del suicidio en el mundo basado en los reportes de la Organización Mundial de la Salud, así como en los reportes en las Américas según la Organización Panamericana de la Salud, y se incluyen los datos sobre suicidios en Colombia, particularmente en el departamento del Tolima, de acuerdo con los reportes del Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses.

En segundo lugar, se llevan a cabo una serie de análisis psicométricos de los instrumentos usados en la investigación de la conducta suicida en el Tolima. Entre ellos, se seleccionaron un test de medición de la ideación suicida, otro de riesgo suicida, otro para la desesperanza y otro para la depresión, todas ellas consideradas variables de riesgo suicida con evidencia empírica en distintos modelos explicativos de la conducta suicida en estudios previos. En estos test, se efectúan análisis de los constructos subyacentes, con el fin de precisar las mediciones a llevar a cabo en las etapas posteriores de la investigación.

En último lugar, se analizan las variables sociodemográficas asociadas al riesgo suicida, además de las variables psicopatológicas como la depresión, desesperanza e ideación suicida con respecto a la clasificación de riesgo suicida de los participantes del estudio. Se presentan evidencias para la predicción del riesgo suicida ante distintas variables independientes, y se consolida, finalmente, un modelo predictivo del riesgo suicida en el Tolima.

Se espera que el contenido del libro sea un insumo para el desarrollo de nuevas propuestas de intervención frente a esta problemática, que resalta en el país por sus estadísticas, y que sea un foco de interés para los profesionales de la salud mental del país al momento de generar investigaciones novedosas basadas en datos propios de la conducta suicida actual.



***El suicidio varía en razón inversa del grado de
integración de los grupos sociales de los cuales
forma parte el individuo.***

Emile Durkheim, 1897.

CONTENIDO

Los autores	4
Reseña del libro	5
Índice de Figuras	12
Prefacio	13
Introducción	15
PARTE I	17
Introducción al problema del suicidio	17
Capítulo 1. El suicidio: definiciones y propuestas teóricas	19
Capítulo 2. Problemática del suicidio en el mundo y Colombia	29
Capítulo 3. La investigación del riesgo suicida en el Tolima	37
PARTE II	43
Análisis del riesgo suicida	43
Capítulo 4. Riesgo suicida y factores sociodemográficos	45
Edad y riesgo suicida en el Tolima	47
Riesgo suicida según el sexo (masculino o femenino)	52
Riesgo suicida y otras variables sociodemográficas	58
Otros factores de riesgo suicida en el Tolima	63
Capítulo 5. Medición de la conducta suicida en el Tolima	71
Medida para identificar el riesgo suicida en el Tolima	73
Medida para la evaluación de la ideación suicida	78
Medida para la evaluación de la desesperanza	84
Medida para la evaluación de la depresión	89
PARTE III	95
Factores psicopatológicos del suicidio en el Tolima	95
Capítulo 6. Depresión y riesgo suicida en el Tolima	96
Capítulo 7. Desesperanza, ideación suicida y riesgo suicida en el Tolima	103
Capítulo 8. Modelo predictivo del riesgo suicida	111

Capítulo 9. Intervenciones para factores de riesgos proximales	119
Factores de alarma en el suicidio	121
Perspectiva global y el suicidio	125
Suicidio como fenómeno social	126
Consideraciones generales para el suicidio en adolescentes	127
Consideraciones para el suicidio en adultos	129
Capítulo 10. A propósito de la gestión psicosocial frente al suicidio	131
Ejercicio de la gestión psicosocial en el suicidio	135
Aproximaciones explicativas sobre la conducta suicida desde la gestión psicosocial	139
La gestión psicosocial frente a las políticas públicas sobre el suicidio y la salud mental	147
Investigación como factor continuo y diferencial de la gestión psicosocial para la atención al suicidio	150
Consideraciones finales de la gestión psicosocial frente al suicidio y el intento de suicidio en Colombia	152
Observaciones generales respecto al comportamiento del suicidio en Colombia	154
Impacto de la pandemia	154
Tendencias ascendentes y picos	155
Consistencia de datos	155
CONCLUSIONES	157
EPÍLOGO	163
REFERENCIAS	165



ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Estadísticos descriptivos de las variables de riesgo suicida	49
Tabla 2. Regresiones lineales entre edad y variables de riesgo suicida	50
Tabla 3. Comparaciones entre sexos para las variables psicológicas de riesgo suicida	56
Tabla 4. Comparativos categóricos según ocupación y riesgo suicida	59
Tabla 5. Comparativos categóricos según estado civil y riesgo suicida	60
Tabla 6. Comparativos categóricos según estrato socioeconómico y riesgo suicida	61
Tabla 7. Comparativos categóricos según nivel educativo y riesgo suicida	62
Tabla 8. Asociaciones entre ideación suicida según estresores y riesgo suicida	65
Tabla 9. Asociaciones entre riesgo suicida y maltrato físico, psicológico y abuso sexual	67
Tabla 10. Asociaciones entre riesgo, insatisfacción, muerte de cercanos y problemas legales	69
Tabla 11. Cargas factoriales de la escala de riesgo suicida según el método WLS	75
Tabla 12. Cargas factoriales derivadas del AFC del PANSI	79
Tabla 13. Cargas factoriales derivadas del AFC de la escala IS del IDIS	83
Tabla 14. Cargas factoriales derivadas del AFC de la escala DS del IDIS	87
Tabla 15. Cargas factoriales obtenidas para la SDS en el AFE	92
Tabla 16. Regresión logística para el riesgo suicida a partir de la variable depresión	100
Tabla 17. Regresión logística para el riesgo suicida a partir de ideación suicida y desesperanza	106
Tabla 18. Correlaciones de Pearson entre las variables de riesgo suicida	114

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Conducta suicida y sus diferentes componentes	23
Figura 2. Diagrama de la Teoría Psicológica Interpersonal del Suicidio	24
Figura 3. Diagrama de la Teoría Integrada Motivacional-Volitiva de la Conducta Suicida	25
Figura 4. Diagrama de la Teoría de los Tres Pasos	26
Figura 5. Frecuencia de casos de muertes por suicidio en el último reporte Forensis	34
Figura 6. Gráfico de sedimentación para la escala ERS	75
Figura 7. Estructura factorial unidimensional resultante de la ERS	77
Figura 8. Estructura factorial sugerida en un gráfico de sedimentación de la SDS	91
Figura 9. Distribución binomial del riesgo suicida con respecto a los síntomas depresivos	100
Figura 10. Distribución binomial del riesgo suicida con respecto a la ideación suicida positiva-negativa	108
Figura 11. Distribución binomial del riesgo suicida con respecto a la ideación suicida del IDIS	108
Figura 12. Modelo de riesgo suicida con valores estandarizados para el Tolima	116
Figura 13. La teoría interpersonal-psicológica del suicidio	136
Figura 14. Aproximación de la gestión psicosocial para la prevención del suicidio	140
Figura 15. Distribución por género del intento de suicidio en Colombia del 2009 al 2022	141
Figura 16. Distribución por género del intento de suicidio en el Tolima del 2009 al 2022	142
Figura 17. Tasa de suicidio en Colombia desde el 2005 al 2023	144
Figura 18. Tasa de suicidio en Tolima desde el 2005 al 2023	144
Figura 19. Tasa de suicidio por género durante el 2022 en Colombia	146
Figura 20. Comportamiento de la tasa de incidencia de intento de suicidio por semana epidemiológica, Colombia, semanas 01 a 24 de 2019 a 2023	153

PREFACIO

El fenómeno del suicidio representa uno de los mayores desafíos en el campo de la salud mental, con profundas implicaciones a nivel individual, familiar y social. En los últimos años, su incidencia ha ido en aumento, especialmente en poblaciones vulnerables, lo cual ha llevado a la comunidad científica a desarrollar investigaciones rigurosas con el fin de comprender sus múltiples determinantes y proponer estrategias de prevención efectivas. Este libro surge como resultado de un esfuerzo colaborativo entre investigadores de la Universidad Nacional Abierta y a Distancia (UNAD) y la Universidad Católica de Colombia (UCC). A través de una metodología rigurosa y un enfoque interdisciplinario, los autores han logrado consolidar un análisis detallado sobre los factores asociados al riesgo suicida en el departamento del Tolima, contribuyendo con información clave para el desarrollo de estrategias de intervención psicosocial basadas en la evidencia.

El texto está estructurado en tres grandes secciones. En la primera parte, se abordan los principales enfoques teóricos y epidemiológicos sobre la conducta suicida, destacando su evolución conceptual y los modelos explicativos que han surgido en las últimas décadas. La segunda parte está dedicada a la investigación realizada en el Tolima, en la que se presentan análisis psicométricos de instrumentos de medición del riesgo suicida, así como el estudio de variables sociodemográficas y psicopatológicas que inciden en la conducta suicida. Finalmente, la tercera parte del libro ofrece un modelo predictivo del riesgo suicida en la región y plantea propuestas de intervención que pueden ser de utilidad para profesionales de la salud mental, investigadores y tomadores de decisiones en el ámbito de la política pública.



Más allá de una simple descripción de cifras y tendencias, este libro busca aportar una mirada integral y crítica sobre el suicidio, enfatizando la importancia de la prevención, la detección temprana y la intervención efectiva. Se espera que esta obra sirva como un insumo valioso para la comunidad académica y profesional, así como un punto de partida para futuras investigaciones que continúen profundizando en este tema de alta relevancia social. Los autores agradecemos a todas las personas e instituciones que hicieron posible esta investigación, así como a los lectores que, con su interés y compromiso, contribuyen a la construcción de un conocimiento que busca salvar vidas y mejorar el bienestar de nuestra sociedad.

A través de una metodología rigurosa y un enfoque interdisciplinario, los autores han logrado consolidar un análisis detallado sobre los factores asociados al riesgo suicida en el departamento del Tolima, contribuyendo con información clave para el desarrollo de estrategias de intervención psicosocial basadas en la evidencia.

INTRODUCCIÓN

El suicidio es un tema de interés en el estudio de la salud mental, ya sea por las pérdidas humanas que resultan incalculables o por el efecto dominó que genera en aquellas personas cercanas que padecen sus efectos directos. Se trata, por lo tanto, de un tema que requiere un constante interés de la comunidad científica, especialmente cuando los reportes epidemiológicos indican que su incidencia se ha incrementado paulatinamente.

No es difícil discernir que detrás de esta problemática actual hay diferentes manifestaciones del problema con un carácter causal. Por ejemplo, el incremento de los problemas emocionales, como los trastornos depresivos, los trastornos de ansiedad y las adicciones, así como otros problemas asociados concomitantes, como pertenecer a contextos de violencia intrafamiliar, alta inseguridad e incluso la violencia política y social.

Lograr una explicación plausible y justificada del fenómeno del suicidio es una tarea titánica y requiere una observación aguda de la problemática, no solamente en el desarrollo de modelos teóricos viables que repercutan en evidencia empírica, sino en el impacto que puede traer a la comunidad científica internacional, nacional y, sobre todo, local. En este último contexto, se busca atender una problemática cuyos datos de incidencia de muertes por suicidio han mostrado un aumento en los últimos años. Las explicaciones de la conducta suicida, por lo tanto, requieren un trabajo de investigación que aborde estos diferentes aspectos con el fin de obtener un aporte real y oportuno desde la psicología clínica y la psicopatología.

Por ello, los esfuerzos del presente libro se enfocan en dar respuesta a las posibles explicaciones de la ocurrencia del fenómeno en el contexto tolimense y, más aún, en servir como una fuente de respuestas basadas en la evidencia sobre la causalidad, así como en establecer un punto de partida para el desarrollo posterior de estrategias efectivas para la prevención, una labor que se constituye en un reflejo de la experiencia de investigación y los datos obtenidos.

Se espera que las conclusiones y aportes del presente libro representen un avance en el campo clínico y sirvan como soporte para el desarrollo de nuevas alternativas de trabajo en la salud mental del departamento y del país. Este es un aporte de la academia a la salud mental en tiempos de alta exigencia, no solamente contextual, sino tecnológica y humana.

PARTE I

INTRODUCCIÓN AL PROBLEMA DEL SUICIDIO





CAPÍTULO 1

EL SUICIDIO: DEFINICIONES Y PROPUESTAS TEÓRICAS

CAPÍTULO 1. EL SUICIDIO: DEFINICIONES Y PROPUESTAS TEÓRICAS

Este libro se basa en datos recopilados hasta el 2019, lo que permite establecer una línea de base histórica para analizar el fenómeno del suicidio en el departamento del Tolima. Aunque la pandemia de COVID-19 (2020-2022) ha transformado profundamente los indicadores de salud mental, el presente trabajo ofrece una metodología y un marco conceptual útiles para entender las dinámicas previas al evento disruptivo. Se reconoce la necesidad de integrar datos más recientes en futuras investigaciones, considerando el impacto significativo que este evento global ha tenido en la salud mental y las tasas de suicidio.

El suicidio es una forma de muerte violenta autoinfligida (Pan American Health Organization [PAHO], 2014), es decir, un acto intencionado y anticipado como un cambio esperado con un resultado fatal (World Health Organization [WHO], 2012); por lo tanto, se considera como el acto de quitarse la vida, frecuente en contextos de episodios depresivos mayores, abuso de sustancias y otros trastornos. También puede estar presente en situaciones insostenibles, como duelos prolongados o problemas de salud (American Psychological Association [APA], 2020).

Según el Instituto Nacional de Salud Mental de los Estados Unidos de Norteamérica (National Institute of Mental Health [NIMH], 2022), el suicidio se define como la muerte causada por una conducta autolesiva con el propósito de morir como resultado de esa conducta. Aunque se puede relacionar a su vez con el intento suicida, que es la conducta autolesiva no fatal y autodirigida en un intento de causarse la muerte, también puede vincularse con la ideación suicida, que se refiere a los pensamientos sobre quitarse la vida, incluyendo el plan para llevarlo a cabo.

A su vez, la Asociación Americana de Psicología (American Psychological Association [APA], 2020) define el suicidio como el acto de matarse a sí mismo, que ocurre, por lo general, en el transcurso de un episodio depresivo mayor y puede estar asociado al consumo de sustancias o la manifestación aguda de otro trastorno mental. Asimismo, puede presentarse en situaciones extremas de deterioro en la salud o situaciones con estresores particulares. En síntesis, el suicidio se puede considerar como la muerte autoinfligida, con evidencia implícita o explícita de la intención de morir (Naguy et al., 2020).

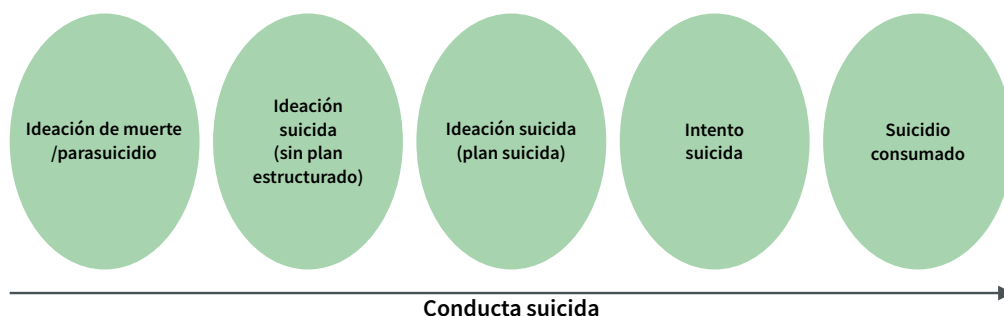
Ahora bien, el concepto de suicidio ha sido un término ampliamente utilizado para definir el resultado de una serie de conductas previas, dado que se centra en el resultado fatal. Ante esto, se ha considerado que términos como “tendencia suicida”, derivado del inglés *suicidality*, podrían abarcar una mayor cobertura de términos fundamentales para la comprensión de este complejo fenómeno. Por ello, se ha sugerido el uso de la expresión “conductas relacionadas con suicidio” (*suicide-related behaviors* en inglés), ya que ofrece una mejor comprensión del constructo para su investigación. Sin embargo, una mayor precisión está en el término “conducta suicida” (*suicidal behavior* en inglés), el cual se caracteriza por: (a) ser una conducta potencialmente dañina iniciada por sí mismo, (b) incluir una intención de muerte y (c) tener un resultado que puede ser fatal o no fatal (Gvion y Apter, 2012). Este concepto también se relaciona con términos como intento suicida, ideación suicida, gesto suicida, intento suicida, intento letal y suicidio consumado (Apter, 2010).

De esta manera, el interés de investigación del suicidio se enfoca no solamente en la muerte autoinfligida, sino en los componentes de la conducta suicida. Este constructo abarca elementos que van desde la ideación suicida hasta el suicidio consumado, entendido como una entidad multifacética con un final común, resultado de un mecanismo múltiple que funciona según el nivel de gravedad y la acción de otros factores, como la impulsividad agresiva, la psicopatología de base, el contexto y los antecedentes de intentos suicidas (Apter, 2010; Gvion y Apter, 2012).

La fenomenología de la conducta suicida comprende tanto cogniciones como conductas, las cuales forman un continuo que inicia con la ideación hasta el suicidio consumado. En la figura 1, se presenta una secuencia de los constructos usuales en el estudio de la conducta suicida. Este continuo inicia con la ideación de muerte y las conductas parasuicidas, las cuales corresponden a cogniciones relativas a la muerte sin el deseo explícito de terminar con la vida (v. g., imaginar la reacción de un familiar ante la propia muerte). Por otro lado, el parasuicidio se refiere a una serie de conductas de daño autoinfligido sin la intención de causar muerte necesariamente, hoy denominadas conductas autolesivas sin intención suicida o CASIS (Flores-Soto et al., 2018).

Luego aparece la ideación suicida, definida como pensamientos y preocupaciones sobre quitarse la vida, los cuales pueden tener o no un plan estructurado (relativo al curso y gravedad del caso clínico). Este fenómeno se reconoce como un síntoma del trastorno depresivo. Después viene el intento suicida, definido como un intento deliberado, pero no exitoso de quitarse la vida. Por último, está el componente del suicidio consumado, que corresponde a la muerte autoinfligida, ya sea de forma activa o pasiva (APA, 2020).

Figura 1. Conducta suicida y sus diferentes componentes



Fuente: elaboración propia.

La explicación del suicidio resulta compleja dada la interacción entre pensamientos, emociones y conductas, las cuales son moderadas por múltiples factores: personales, sociales, culturales y ambientales, entre otros (Ma et al., 2016). Ante esto, los modelos teóricos han variado en diferentes momentos históricos y han proporcionado explicaciones complementarias para dar respuesta al suicidio como problema de interés en la salud mental actual.

Uno de los modelos teóricos que ha tenido impacto en la comunidad científica actual es la Teoría Psicológica Interpersonal del Suicidio [TPIS] (Joiner, 2005; Van Orden et al., 2010). Este modelo postula que la conducta suicida se compone de tres elementos clave:

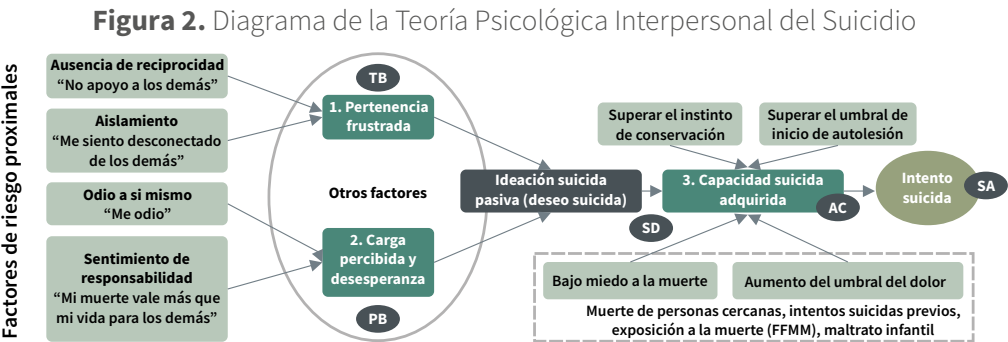
1. *Pertenencia frustrada (TB)*, derivada de la combinación entre la ausencia de reciprocidad (“no me siento apoyado por los demás”) y el aislamiento (“me siento desconectado de los demás”).
2. *Carga percibida y desesperanza (PB)*, derivada de la combinación entre un odio a sí mismo y un sentimiento de responsabilidad (“mi muerte vale más que mi vida para los demás”).

La combinación de estos factores facilita la aparición de la *ideación suicida pasiva o deseo suicida* (SD), que da lugar al tercer elemento:

3. *Capacidad suicida adquirida (AC)*, en la que se combinan la superación del instinto de conservación y el umbral de autolesión, además de un escaso miedo a la muerte y un aumento de los umbrales del dolor. Estos dos últimos componentes relacionados con la muerte de personas cercanas, intentos suicidas previos, exposición prolongada a la muerte e historial de maltrato infantil.

La combinación de todos los elementos anteriores incrementa la posibilidad de la aparición del intento suicida (SA).

En la figura 2, se presenta un esquema que ayuda a comprender la interacción de los anteriores elementos. Las combinaciones de TB (pertenencia frustrada) y PB (carga percibida y desesperanza) posibilitan la aparición del SD (deseo suicida); mientras que, si se agrega AC (capacidad adquirida), se da lugar al SA (intento suicida) (Ma et al., 2016).



Fuente: elaboración propia con base en datos de Joiner (2005).

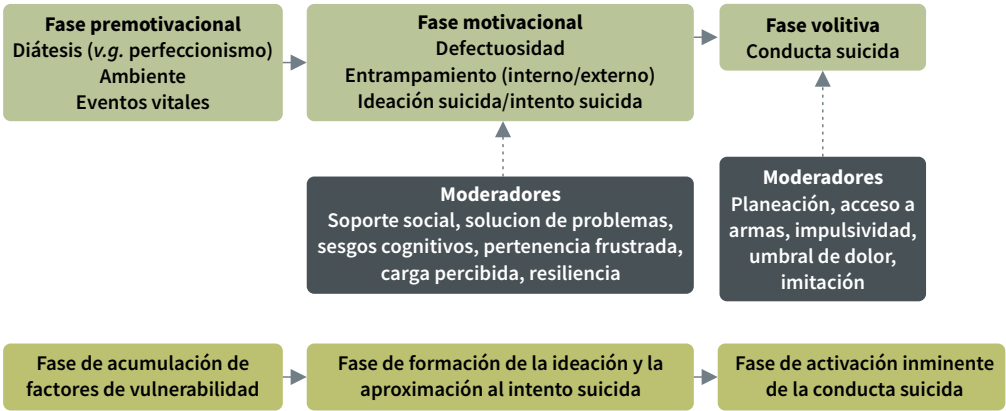
Otro de los modelos representativos corresponde a la Teoría Integrada Motivacional-Volitiva de la Conducta Suicida [IMV] (O'Connor, 2011; O'Connor y Kirtley, 2018). Se trata de un modelo de diátesis-estrés en el que se conjugan componentes de riesgo a nivel premotivacional, motivacional (ideación e intento) y volitivo (conductual), en diferentes fases de la conducta suicida (O'Connor y Nock, 2014).

En esta teoría, el suicidio se entiende como una conducta más que un trastorno mental, siendo el resultado de fases motivacionales y volitivas. En una fase premotivacional, la persona acumula factores de vulnerabilidad, como patrones de perfeccionismo, ambientes de riesgo (ej., violencia) y eventos estresores vitales (ej., muerte de un ser cercano).

En la fase motivacional, aparece la ideación suicida y la aproximación al intento suicida. En esta fase, se combinan factores a nivel cognitivo, como esquemas de derrota (sensación de fracaso ante la adversidad) y entrapamiento (incapacidad de escape ante estresores). Estos elementos están moderados por factores como el soporte social, la capacidad de solución de problemas, sesgos cognitivos (ej., polarización, magnificación), la noción de pertenencia, la carga percibida y la capacidad de resiliencia.

Finalmente, la conducta suicida en la fase volitiva se presenta influenciada por la capacidad de planeación, el acceso a elementos letales, el nivel de impulsividad, la presencia de imitación y los umbrales de dolor incrementados (ver figura 3) (Dhingra et al., 2019).

Figura 3. Diagrama de la Teoría Integrada Motivacional-Volitiva de la Conducta Suicida



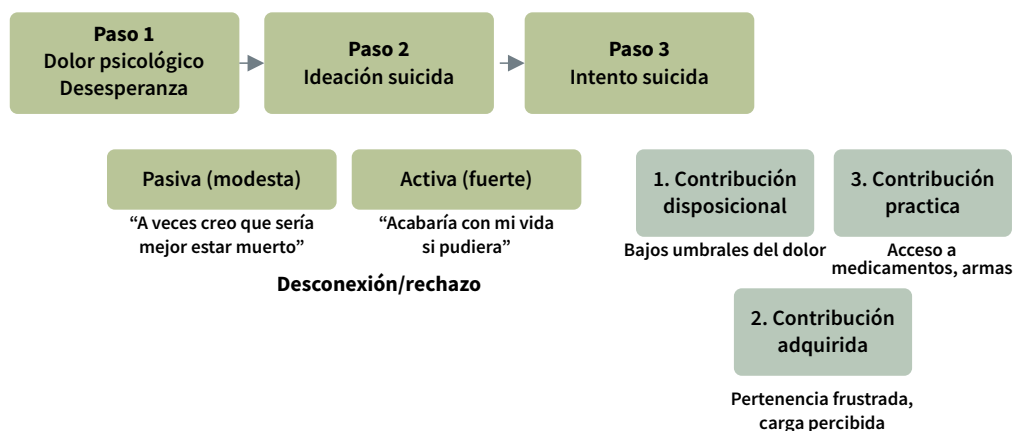
Fuente: elaboración propia con base en datos de O'Connor R. C. (2011).

Una tercera teoría corresponde a la Teoría de los Tres Pasos (Three-Steep Theory, 3ST) (Klonsky y May, 2015). En este modelo, se postula una combinación entre dolor psicológico y desesperanza, que escala a la ideación suicida y posteriormente al intento suicida. En este proceso, aparecen distintas etapas que funcionan como moderadores del avance del riesgo suicida hasta culminar en el intento real.

En un primer paso, aparece la combinación del dolor (físico y, principalmente, psicológico; ej., experiencia traumática) y la desesperanza (pesimismo crónico). Esta combinación inicia la ideación suicida, que puede ser pasiva (modesta) o activa (fuerte), en un sistema progresivo moderado por cognición de desconexión/rechazo.

En el tercer paso, la ideación suicida se ve afectada por tres tipos de contribución: disposicional (relativa a los umbrales de dolor), adquirida (relativa a la pertenencia frustrada y la carga percibida) y práctica (relativa al acceso a métodos como armas o medicamentos) (ver figura 4).

Figura 4. Diagrama de la Teoría de los Tres Pasos



Fuente: elaboración propia con base en datos de Klonsky y May (2015).

Las teorías expuestas en el presente capítulo comparten elementos comunes. El primero corresponde a una postura de diátesis-estrés, en la que factores como el ambiente hostil, el trauma, eventos vitales adversos, el aislamiento y las cogniciones de desesperanza y autodesprecio forman parte de una fase de vulnerabilidad en la conducta suicida. El segundo componente hace referencia a la interacción de elementos cognoscitivos, que incluyen distorsiones cognitivas e ideación suicida, cuya gravedad estaría moderada por factores como la capacidad de solución efectiva de problemas, desconexión, la falta de pertenencia y la resiliencia. El tercer componente está relacionado con el intento suicida, influenciado por la capacidad adquirida, la rigurosidad del plan, el acceso a los métodos de muerte, la impulsividad o la imitación.

Un modelo teórico completo debería contemplar todos los aspectos mencionados y omitidos, lo que representa un reto para la comprensión de las causas de la conducta suicida. Esta permanece siendo incomprendida y da cuenta de que es el resultado de una compleja interacción de factores de riesgo, algunos de ellos más complejos, como los factores de personalidad, cognitivos o sociales (O'Connor y Nock, 2014), muchos de los cuales carecen aún de suficiente evidencia empírica disponible, particularmente en lo que respecta a los tratamientos disponibles en la actualidad.

La adopción de un modelo explicativo vigente de la conducta suicida debe tener en cuenta la precisión en la definición de los constructos que la componen. La Librería Nacional de Medicina de los Estados Unidos de Norteamérica propone, a partir de una revisión sistemática (O'Connor et al., 2013), un listado de términos relacionados con la definición de suicidio entre los que se tiene:

1. Suicidio: muerte causada por conductas autolesivas autodirigidas con la intención de morir.
2. Intento suicida: conducta autolesiva autodirigida no fatal con la intención de morir.
3. Violencia suicida autodirigida: conducta autodirigida y deliberada con la intención de causar daño con evidencia implícita o explícita de intento suicida.
4. Actos preparatorios de conducta suicida: actos de preparación para el intento suicida, como alistamiento de recursos y la misma muerte; por ejemplo: comprar un arma, dejar notas.
5. Ideación suicida: pensamientos pasivos o activos sobre quitarse la vida.
6. Autolesión: actos no fatales con conductas deliberadas de autodaño.
7. Conducta suicida: categoría que incluye el suicidio, intento suicida, preparativos e ideación.

Asimismo, la Teoría Integrada Motivacional-Volitiva, la Teoría Interpersonal y la Teoría de los Tres Procesos han ganado evidencia empírica en el campo explicativo de la conducta suicida. Estas teorías han permitido formalizar el estudio del fenómeno al generar los modelos matemáticos y computacionales necesarios para demostrar su capacidad explicativa. Además, han propiciado estudios psicopatológicos que abarcan desde los niveles descriptivos hasta el evaluativo, facilitando la generación de medidas más precisas y la observación del fenómeno en diferentes escenarios de investigación. Este enfoque es clave para el fortalecimiento de modelos teóricos más robustos y sintéticos, con consecuencias favorables en la prevención de la conducta suicida (Millner et al., 2020).

Las teorías expuestas en el presente capítulo comparten elementos comunes. El primero corresponde a una postura de diátesis-estrés, en la que factores como el ambiente hostil, el trauma, eventos vitales adversos, el aislamiento y las cogniciones de desesperanza y autodesprecio forman parte de una fase de vulnerabilidad en la conducta suicida.

CAPÍTULO 2

PROBLEMÁTICA DEL SUICIDIO EN EL MUNDO Y COLOMBIA



CAPÍTULO 2. PROBLEMÁTICA DEL SUICIDIO EN EL MUNDO Y COLOMBIA

La pandemia de COVID-19 representó un desafío sin precedentes para la gestión psicosocial del suicidio en Colombia. Las restricciones sociales, la incertidumbre económica y el aislamiento afectaron profundamente la salud mental de la población, evidenciando la fragilidad de las políticas públicas existentes. Este contexto resalta la necesidad de fortalecer los sistemas de salud mental mediante enfoques intersectoriales que no solo consideren la atención inmediata, sino que también fomenten la prevención a largo plazo y la mitigación de los efectos de crisis similares en el futuro.

En el reporte de junio de 2021, La Organización Mundial de la Salud [OMS] (World Health Organization [WHO], 2021) actualizó sus datos sobre el suicidio a nivel mundial; indicó que alrededor de 703 000 personas mueren al año por suicidio y que por cada muerte existe una cantidad considerable de personas que lo han intentado. Se estima que alrededor del 77 % de estos casos ocurren en países de ingresos bajos y medios. Además, el suicidio es la cuarta causa de muerte entre personas de 15 a 19 años, con métodos que van desde la intoxicación con pesticidas, el ahorcamiento y el uso de armas de fuego.

La OMS agrega que los trastornos mentales son los principales factores de riesgo, en particular los trastornos depresivos y el abuso de alcohol. Estas condiciones suelen ocurrir en momentos en los que la persona se percibe incapaz de afrontar demandas vitales, como problemas económicos, rupturas amorosas o enfermedades terminales. Adicionalmente, otros factores como el aislamiento, el abuso, la exposición a conflictos armados, la violencia y los desastres naturales, entre otros, pueden incrementar el riesgo de suicidio. Este riesgo, en particular, aumenta en poblaciones que enfrentan discriminación, como minorías raciales, personas LGBTI, población privada de la libertad, migrantes y refugiados.

En la región de las Américas, se reportan alrededor de 65 000 muertes prematuras por suicidio cada año, con una tasa ajustada de 9.6 por cada 100 000 habitantes (Pan American Health Organization [PAHO/WHO], 2014). Entre 2010 y 2014, el promedio de muertes por suicidio ascendió a 81 746, lo que evidencia un problema de salud pública de alto interés. El suicidio se ha identificado como la tercera causa de muerte en personas con edades entre los 20 y 24 años, con una distribución de 15 hombres por cada 8 mujeres.

Aunque la región del Caribe y Latinoamérica han reportado tasas más bajas en promedio, Norteamérica y los países no hispanos del Caribe presentan cifras con un nivel intermedio

con respecto a las demás regiones del mundo, siendo las más elevadas de la región. Las tasas más bajas se presentan en México, el Caribe hispánico y Sudamérica.

En cuanto a diferencias por sexo, las tasas aumentan considerablemente para los varones (11.5 por cada 100 000 habitantes) con respecto a las mujeres (3 por cada 100 000 habitantes). Se destaca que las personas mayores de 60 años comprendían el 19.9 % de los casos. En particular, en la población de 70 años o más, se presenta un incremento generalizado en los países de la región (12.4 por cada 100 000 habitantes) (PAHO/WHO, 2014).

Respecto a los métodos, el ahorcamiento (39.7 %), las armas de fuego (33.3 %) y el envenenamiento (18.2 %) son los más usados en la región. Estos pueden variar según el sexo; por ejemplo, en varones el ahorcamiento es el método más común (41.7 %), mientras que en las mujeres son el envenenamiento (36.5 %) y ahorcamiento (32.1 %). Se estima que los varones usan 1.9 más veces armas que las mujeres, mientras que estas recurren al envenenamiento 2.7 veces que los hombres (PAHO/WHO, 2014).

En Colombia, las cifras son elevadas al igual que en el resto de la región. En el último informe *Forensis 2019: Datos para la vida* del Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses (2023), se reportaron 2643 muertes por suicidio en el país. De estas, 2104 eran hombres y 539 mujeres.

La distribución por edades muestra un pico entre los 20 y 24 años, aunque, por clasificación del ciclo vital, la mayor frecuencia se encuentra en la adultez (29 a 59 años) con 1151 casos, seguida de la juventud (18 a 28 años) con 803. En cuanto a los niveles de escolaridad de las víctimas, se encontraron 803 casos de víctimas en la educación básica primaria y 879 casos en la educación básica secundaria o secundaria baja. Respecto al estado civil, la mayor prevalencia fue para las personas solteras (1264 casos), seguidas de las personas en unión libre (612 casos) y los casados (358 casos).

Entre otras características identificadas en las víctimas por suicidio en Colombia en 2019, están las características de vulnerabilidad como ser campesinos o trabajadores del campo (94 casos), pertenecer a grupos étnicos (59 casos) o ser identificado como una persona adicta a una droga natural o sintética (97 casos); sin embargo, se destaca en el informe *Forensis* la nula información sobre los factores de riesgo en 1863 casos (70.48 %).

Dentro de las principales razones identificadas para cometer suicidio se establecieron la enfermedad física o mental (404 casos), seguida del conflicto con la pareja o expareja

(267 casos), el desamor (160 casos) y los problemas económicos (164 casos); de 1399 casos (52.93 %) no se obtuvo información al respecto.

Los mecanismos para ocasionar la muerte fueron la asfixia (1715 casos), la intoxicación (467 casos), el uso de arma de fuego (248 casos), entre otros. Aunque muchos de los casos no presentaron lesión topográfica (358 casos), 1690 casos ocasionaron trauma en cuello y 185 casos politraumatismos.

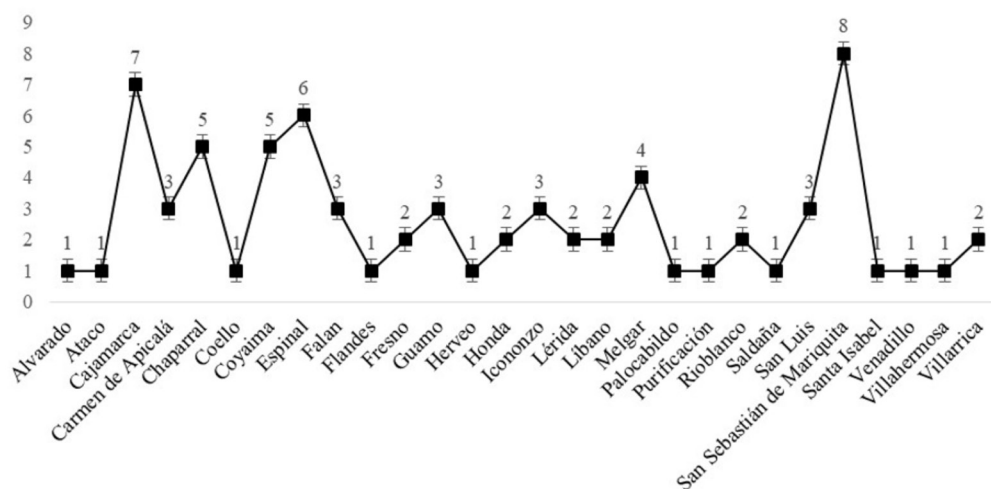
El lugar del hecho fue principalmente la vivienda, con 1963 casos, seguido de los espacios al aire libre (130 casos) y la vía pública (129 casos). A nivel temporal, la frecuencia se mantuvo similar en todos los meses (con un mínimo de 191 casos en febrero y un pico de 237 en agosto). En cuanto a los días de la semana, los domingos, lunes y martes (con 476, 391 y 402 casos respectivamente), sin una hora clara (1751 casos, 66.25 %).

En el departamento del Tolima, con 123 casos (4.65 % del país), las cifras coinciden con los reportes del consolidado a nivel nacional. La mayor incidencia de casos se presenta en personas con edades entre los 20 y 24 años (20 casos), jóvenes (43 casos) y adultos (41 casos); asimismo, la mayoría tenía una educación básica primaria (39 casos) o de secundaria y secundaria baja (46 casos), y de acuerdo con su estado civil eran solteros (59 casos), vivían en unión libre (34 casos) y casados (26 casos).

Los motivos corresponden a enfermedades físicas y mentales (20 casos), y conflictos con la pareja (8 casos), aunque en la mayoría no se identificó la razón del suicidio (78 casos). Entre los mecanismos principales se encontraron la asfixia (82 casos), la intoxicación (15 casos), el uso de armas de fuego (13 casos) y contundencias como caídas (11 casos), asociados principalmente a traumas en el cuello (82 casos) y politraumatismos (15 casos) o ninguna lesión (14 casos). La mayoría de los hechos ocurrieron en la vivienda (79 casos) o en espacios terrestres al aire libre, como bosques, potreros, montañas, entre otros (9 casos); registrándose un mayor número de casos en junio (18 casos), seguido de marzo y septiembre (cada uno con 13 casos), los jueves y domingos (24 y 20 respectivamente), sin una hora clara (80 casos).

Los municipios con mayor frecuencia de casos en el departamento, además de la capital (Ibagué) con 50 casos (40.65 %), fueron San Sebastián de Mariquita y Cajamarca con 8 casos cada uno, seguidos de Espinal con 6 casos, Coyaima y Chaparral con 5 casos respectivamente, y Melgar con 4 casos. En la figura 5, se presentan los municipios del Tolima con mayores frecuencias de suicidios registrados durante el 2019. Los reportes del 2020 aún no aparecen disponibles en la página web oficial.

Figura 5. Frecuencia de casos de muertes por suicidio en el último reporte Forensis



Fuente: elaboración propia con base en datos de Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses (2023b).

Estos reportes permiten establecer perfiles de riesgo de personas susceptibles al intento suicida y muerte por suicidio. En modelos recientes de trabajo para combatir esta problemática de salud mental, especialmente en el contexto de la pandemia por COVID-19, se han identificado como factores principales la enfermedad mental, la experiencia de la crisis suicida, los estresores financieros, la violencia doméstica, el consumo de alcohol, el aislamiento, el atrapamiento, la desolación, el duelo, el acceso a los métodos letales y la falta de respuesta de los organismos de atención sanitaria (Gunnell et al., 2020).

De esta manera, los reportes Forensis del 2019 coinciden con líneas de investigación a nivel mundial, estableciendo como perfil de riesgo suicida a hombres jóvenes entre 20 y 28 años, con niveles educativos entre básica primaria y secundaria incompleta, residentes en zonas rurales, pertenecientes a algún grupo minoritario, solteros o en unión libre, con adicción al alcohol u otras sustancias, con enfermedades físicas o mentales y con acceso a venenos o elementos relacionados con asfixia mecánica como cuerdas o armas de fuego, perfil de riesgo suicida que se replica tanto a nivel nacional como en el departamento del Tolima.

Adicionalmente, uno de los principales factores de riesgo para la muerte por suicidio es el haberlo intentado previamente; en estadísticas recientes, se estima que por cada suicidio consumado hay aproximadamente entre 13 a 20 personas que lo intentan (Gómez

et al., 2020). Otro de los factores relevantes para el perfil de riesgo suicida es haber sido víctima de acoso escolar y ciberacoso, problemas de sueño y frecuente ideación suicida (Li et al., 2020). En el caso del Tolima, estos datos no aparecen en el reporte Forensis, de manera que se hace relevante una perfilación del riesgo suicida explorando diferentes variables previamente documentadas.

El propósito de la investigación fue establecer una revisión de los factores de riesgo del suicidio en el departamento del Tolima. Ante los reportes presentados sobre los casos de muerte por suicidio, un modelo de referencia para futuras investigaciones en torno a esta problemática de salud mental permitirá a los profesionales de la salud regionales establecer estrategias de prevención más eficaces, con una precisión diagnóstica mayor y, sobre todo, implementar intervenciones psicoterapéuticas con mayor alcance, basadas en la evidencia. El primer paso se constituye en el presente libro, organizado por factores sociodemográficos, estrategias de evaluación y un modelo de riesgo suicida propio del departamento del Tolima.

CAPÍTULO 3

LA INVESTIGACIÓN DEL RIESGO SUICIDA EN EL TOLIMA



CAPÍTULO 3. LA INVESTIGACIÓN DEL RIESGO SUICIDA EN EL TOLIMA

La investigación tuvo lugar en el departamento del Tolima, específicamente en la capital, Ibagué. En ella se establecieron convenios entre las instituciones de educación superior y las demás instituciones interesadas en los resultados del departamento, como la Secretaría de Salud. Los convenios incluyeron los permisos de acceso a la población, la presentación de resultados y propuestas futuras. Los primeros convenios se llevaron a cabo de manera fructífera, mientras que los segundos se vieron truncados por el inicio de las restricciones sanitarias derivadas de la pandemia por COVID-19.

Posteriormente, luego de una revisión documental sobre los factores de riesgo suicida a nivel mundial, regional y local, se establecieron los ejes de trabajo para el desarrollo de la investigación. Se consideró que (a) los factores sociodemográficos componen un eje central del estudio para identificar la problemática y sus variaciones con respecto a los demás modelos del riesgo suicida consultados; (b) la forma de medición del riesgo, en la que una medida es precisa, es decir, válida y confiable, permite establecer inferencias a nivel psicológico de la problemática, y (c) la interacción de las variables psicopatológicas documentadas sobre el riesgo suicida, en esta ocasión, en el departamento del Tolima que no había sido analizado previamente. Este último eje aporta un modelo de riesgo suicida con variables psicopatológicas, lo que puede ser de interés para los profesionales de la salud mental, en particular, psiquiatras y psicoterapeutas.

Los participantes fueron estimados mediante un muestreo estratificado por afijación proporcional. Se calculó mediante un estimado poblacional de 727 169 personas en el 2019, tomando como referencia la cantidad de habitantes de los municipios del Tolima con mayores tasas de muerte por suicidio en el 2018. Se eligieron los municipios de Honda ($n = 43$, 4.94 %), Mariquita ($n = 44$, 5.06 %), Cajamarca ($n = 70$, 8.05 %), Espinal ($n = 72$, 8.28 %), e Ibagué ($n = 641$, 73.68 %). Se estimó un intervalo de confianza del 95 %, un margen de error del 5 % y un tamaño del efecto de 0.15 para regresiones múltiples en el *software* GPower 3.1.9.2. Finalmente, los cálculos determinaron la cantidad de participantes mínimos sugeridos: Honda ($n = 19$), Mariquita ($n = 19$), Cajamarca ($n = 31$), Espinal ($n = 32$), e Ibagué ($n = 283$), para un total final de 384.

La toma de datos se realizó mediante un formato de preguntas sociodemográficas para establecer las características de la muestra poblacional: edad en años cumplidos, sexo (masculino y femenino), ocupación a la que dedica más tiempo (desempleado, empleado, independiente, hogar, estudiante u otra ocupación), estado civil (casado,

soltero, viudo, separado, divorciado, unión libre), estrato (1 al 6) y nivel educativo (sin estudios, primaria, secundaria, técnico, tecnológico, profesional y postgrado).

Se completó una muestra total final de 458 participantes, con una edad media de 31.04 años ($DE = 10.31$), con una edad mínima de 12 años y un máximo de 66 años. La muestra estuvo compuesta por 76.41 % de mujeres ($n = 350$) y 23.58 % de varones ($n = 108$). Entre las ocupaciones reportadas, 99 personas estaban desempleadas (21.61 %), 159 empleadas (34.71 %), 84 independientes (18.34 %), 39 dedicadas al hogar (8.51 %), 71 estudiantes (15.50 %), y 6 reportaron dedicarse a otra ocupación (1.31 %). Los estados civiles fueron principalmente unión libre ($n = 232$, 50.65 %), casados ($n = 92$, 20.08 %), solteros ($n = 92$, 20.08 %), seguidos de separados ($n = 19$, 4.14 %), divorciados ($n = 9$, 1.96 %) y viudos ($n = 4$, 0.87 %). A su vez, los niveles educativos estaban distribuidos entre primaria ($n = 6$, 1.31 %), secundaria ($n = 116$, 25.32 %), técnico ($n = 111$, 24.23 %), tecnológico ($n = 46$, 10.04 %), profesional ($n = 150$, 32.75 %) y postgrado ($n = 29$, 6.33 %).

La medición de las variables de riesgo se realizó mediante una selección de una serie de instrumentos con evidencia empírica reportada previamente acerca de sus capacidades psicométricas de validez y confiabilidad para los constructos asociados a la conducta suicida. Se optó por el uso de uno que midiese directamente el riesgo suicida y otro para la ideación suicida, la desesperanza y la depresión. Un estudio reciente basado en un modelo multivariado comparativo entre México y Colombia demostró la capacidad invariante de estos instrumentos, validando su elevada capacidad explicativa del riesgo suicida en ambos países (Toro et al., 2021).

En primer lugar, se usó la escala de riesgo suicida de Plutchik et al. (1989), un instrumento diseñado para la medición del riesgo y la discriminación entre muestras clínicas y no clínicas. Aunque no permite predecir el intento, se ha considerado una herramienta clave para la determinar las características de un prototipo suicida. El siguiente instrumento fue el inventario de ideación suicida positiva y negativa (PANSI, por sus siglas en inglés; Osman et al., 1998), enfocado en factores protectores y de riesgo, recomendado para la evaluación de pensamientos relacionados con la conducta suicida. En conjunto con el PANSI, se usó el inventario de desesperanza e ideación suicida (IDIS; Toro, Avendaño et al., 2016), diseñado para identificar cogniciones asociadas a la conducta suicida de acuerdo con el modelo cognitivo. Este inventario está conformado por dos escalas: desesperanza e ideación suicida. Finalmente, se usó la escala autopuntuada de depresión (SDS) de Zung (1965), diseñada para evaluar síntomas depresivos cognitivos, afectivos y somáticos del trastorno depresivo. En el capítulo cinco se hará una revisión detallada de cada una de las medidas psicométricas usadas en el estudio.

Además, se incluyó un cuestionario de factores de riesgo a partir de los reportes de la PAHO/WHO (2014), que debían marcarse como presencia/ausencia para estimar el nivel de riesgo de cada participante: (a) ideación suicida debida a un problema de pareja, (b) ideación suicida debida a problema económico, (c) antecedente de maltrato físico, (d) antecedente de maltrato psicológico, (e) antecedente de abuso sexual, (f) ideación suicida debida a la insatisfacción laboral, (g) presencia de muerte de una persona cercana, (h) problemas legales, (i) tener una persona cercana que haya cometido suicidio y (j) ideación suicida debida a una enfermedad crónica.

Una vez consolidados en el aplicativo Google Forms, una herramienta de uso libre para la elaboración de encuestas, los datos fueron divulgados y recolectados en una hoja de cálculo de Google (Google Sheets), elegida por su compatibilidad con el programa Microsoft Excel. Luego, se realizó la depuración de los datos, lo que incluyó la eliminación de participantes que no aceptaron participar de forma voluntaria o cuyas respuestas eran inconclusas. Después, las respuestas de cada participante fueron transformadas en puntajes.

Posteriormente, se realizó el análisis de datos con el *software* JASP 0.13.1 (JASP Team, 2020). En este programa se llevaron a cabo los análisis descriptivos, asociativos mediante tablas de contingencia, correlacionales, con correlaciones simples y regresiones, tanto lineales como logísticas; además, se realizaron comparativos probabilísticos clásicos y bayesianos. Luego, se desarrollaron modelos psicométricos para ejecutar los análisis factoriales exploratorios y confirmatorios de los instrumentos del estudio, los cuales fueron modelados con ecuaciones estructurales para verificar los contrastes entre el modelo teórico y empírico del riesgo suicida.

Finalmente, en cuanto a las consideraciones éticas del estudio, se tomaron en cuenta las consideraciones derivadas de la Declaración de Helsinki (Asociación Médica Mundial, 2022), en la que se destaca el uso del consentimiento y asentimiento informados. En estos documentos debía aparecer de manera explícita la promoción de la salud, el bienestar y los derechos de los participantes de la investigación, la intención del estudio, el respeto y la primacía de los derechos e intereses de la persona, así como la protección de la vida, la dignidad, la integridad, la autodeterminación, la intimidad y la confidencialidad de la información. Además, se debía propender por el mínimo daño ambiental y asegurarse de que la investigación fuera llevada a cabo por personas cualificadas o debidamente supervisadas. En otros términos, también se debía sopesar el balance riesgo-beneficio, evaluar la vulnerabilidad y seguir protocolos estrictamente científicos derivados de fuentes bibliográficas confiables.

Una vez firmado el consentimiento, se garantizó que la persona no tuviera dudas sobre el procedimiento. Se informó sobre los riesgos y los aportes de la participación, así como la oferta de tratamiento psicológico si lo consideraban necesario. Estos principios estuvieron en consonancia con el código deontológico del ejercicio de la psicología en Colombia, establecido mediante la Ley 1090 de 2006, según la cual las prácticas de investigación en psicología deben seguir los estándares científicos verificados en estudios previos. Asimismo, se estimó como riesgo ausente (“sin riesgo”) la investigación de acuerdo con la Resolución 8430 de 1993, en la que el Ministerio de Salud de Colombia dictaminó los niveles de riesgo de las investigaciones en las ciencias sociales y de la salud. Se consideró “sin riesgo” dado que no se realizó ningún tipo de intervención o modificación intencional de las variables psicológicas ni contextuales de los participantes.

Si bien este estudio aporta una comprensión sólida del suicidio y sus determinantes en el Tolima hasta el 2019, la falta de datos posteriores a la pandemia de COVID-19 representa una limitación significativa. La pandemia ha cambiado drásticamente las dinámicas sociales, económicas y psicológicas, por lo que futuras investigaciones deben enfocarse en analizar estos cambios y evaluar la efectividad de las políticas implementadas en respuesta a este evento. Este libro, más que un análisis definitivo, debe ser visto como un punto de partida para el desarrollo de nuevas investigaciones que integren estos factores emergentes.

PARTE II

ANÁLISIS DEL RIESGO SUICIDA



CAPÍTULO 4

RIESGO SUICIDA Y FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS

CAPÍTULO 4. RIESGO SUICIDA Y FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS

En este capítulo se presentan tres apartados en los que se analizan las asociaciones entre variables sociodemográficas y el riesgo suicida en el Tolima, entre ellas la edad, el sexo, el nivel socioeconómico y la escolaridad, entre otras variables de interés.

Edad y riesgo suicida en el Tolima

La conducta suicida suele variar a lo largo de la vida. La edad ha sido un factor de riesgo reconocido a nivel general desde hace muchos años. Al parecer, las diferentes etapas del ciclo vital pueden incrementar o disminuir el riesgo suicida, lo que podría estar condicionado por los cambios históricos, el ciclo vital con sus cambios esperables y las crisis personales de cada persona en particular.

Los datos de seguimiento reportados por la Organización Mundial de la Salud [OMS] resaltan esta tendencia. Por ejemplo, esta institución afirma que el suicidio es una de las principales causas de muerte en adolescentes entre 15 y 19 años, aunque esta franja de edad puede incrementar hasta los 29 años (WHO, 2021); sin embargo, en los habitantes de los países más ricos se ha observado un aumento del riesgo en las edades alrededor de los 50 años, especialmente en las mujeres mayores de 70 años, quienes tendrían dos veces mayor riesgo de muerte con respecto a los jóvenes entre 15 y 29 años (WHO, 2014).

A nivel de Latinoamérica, la tendencia muestra un incremento paulatino del suicidio en edades entre los 10 y 19 años (PAHO, 2014), en especial entre los varones de 13 a 15 años, quienes están influenciados por el consumo de alcohol, las relaciones parentales y un escaso apoyo social. Se ha documentado que la franja etaria de 15 a 24 años caracteriza diferencialmente a los consultantes por intento suicida, tanto femeninos como masculinos (López, 2017).

Igualmente, en Colombia, de acuerdo con el boletín del Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses (2020), hasta agosto de 2020 se presentaron un total de 1531 suicidios, manteniéndose la misma tendencia de edad entre los 15 y 29 años. Esto sugiere que las edades que comprenden la adolescencia y la juventud presentan un perfil de riesgo mayor en comparación con otras etapas de la vida.

Sin embargo, en edades avanzadas, el riesgo parece aumentar nuevamente. En estudios recientes, se ha reportado que las personas de la tercera edad, las intoxicaciones por alcohol, fármacos y productos domésticos e industriales son más prevalentes en mujeres

y están asociadas a intención suicida (Puiguriguer et al., 2020). Esto permite inferir que, en edades avanzadas, existe un riesgo escasamente documentado, con métodos de suicidio que pueden variar con respecto a las demás franjas etarias.

El objetivo del presente capítulo de la investigación es identificar a nivel descriptivo las variables de riesgo suicida, ideación suicida, desesperanza y depresión, y analizar la capacidad predictiva de la edad en cada una de las variables que componen el riesgo suicida. Se asumió como hipótesis que la edad tiene una capacidad explicativa de la conducta suicida.

En la tabla 1 se presentan los resultados del análisis descriptivo de la muestra del estudio. La edad media fue de 31.04 años, con una desviación estándar de 10.31 años; esto indica que las franjas etarias de riesgo previamente mencionadas se encuentran en la primera desviación estándar. De esta manera, los valores de las variables de riesgo suicida permiten un análisis de los participantes en términos del grupo de riesgo según la PAHO/OMS.

En cuanto a la variable de riesgo suicida general, el valor medio de 2.08 ($DE = 2.83$), indica un nivel bajo de riesgo suicida en la muestra en general (punto de corte sugerido de 6 puntos para la escala de Plutchik; Rubio et al., 1998).

Respecto al reporte de ideación suicida positiva, un valor medio de 5.33 ($DE = 3.92$), corresponde a un nivel bajo, al ubicarse en los percentiles 35 y 40, mientras que la ideación suicida negativa, con una media de 2.35 ($DE = 5.08$), presentó un nivel alto, con un percentil entre 70 y 75 (Villalobos-Galvis, 2010). Además, los valores de dispersión fueron mayores en la ideación negativa, lo que sugiere que muchos participantes presentaron indicadores de riesgo elevados en comparación con los escasos factores protectores.

En la medida general de ideación suicida, resultado de la combinación de las escalas de ideación suicida positiva y negativa, el valor medio fue de 7.41 ($DE = 7.02$), lo que corresponde a un valor medio con percentiles 50 y 55.

En la medida adicional de ideación suicida, tomada con el IDIS, los valores de desesperanza ($M = 9.6$, $DE = 2.92$) e ideación suicida ($M = 7.35$, $DE = 1.07$) no alcanzaron los puntos de corte sugeridos para ser considerados de relevancia clínica (DS 10 puntos, IS 9 puntos; Toro, Avendaño et al., 2016); sin embargo, estos valores estuvieron cercanos al valor de decisión de riesgo suicida, siendo concurrentes con las medidas de ideación suicida del PANSI.

En cuanto a la medida de depresión, la escala SDS de Zung (1965) tiene un punto de corte de 0.74 para pacientes depresivos sin tratamiento. En el presente estudio, se obtuvo un valor medio de 0.46 ($DE = 0.10$), un valor por debajo de los reportes originales de medida. No obstante, un valor de 0.46 corresponde a un nivel medio a moderado (rango entre 0.404 y 0.492), de acuerdo con la revisión del SDS de Biggs et al. (1978).

Tabla 1. Estadísticos descriptivos de las variables de riesgo suicida

Variable	Media	Desviación estándar	Asimetría	Curtosis	Mínimo	Máximo
Edad	31.048	10.318	0.816	0.601	12	66
RS	2.878	2.832	1.116	0.920	0	13
ISP	5.336	3.928	0.954	1.224	0	24
ISN	2.352	5.089	2.710	7.514	0	30
PANSI	7.410	7.027	1.801	3.816	0	44
DS	9.603	2.920	1.217	0.918	7	21
IS	7.358	1.076	3.820	15.662	7	14
IDIS	16.961	3.259	1.402	2.174	14	34
Zung Fisiol.	13.963	3.336	0.908	1.265	8	26
Zung Psic.	18.177	5.989	0.641	-0.291	10	36
SDS Zung	0.461	0.109	0.819	0.637	0.250	0.863

Nota: RS (riesgo suicida), ISP y ISN (ideación suicida positiva y negativa), PANSI (total ideación suicida), DS e IS (Desesperanza e ideación suicida del IDIS), Zung Fisiol., Psic., y SDS Zung (depresión escala fisiológica, psicológica y escala Total).

Fuente: elaboración propia.

A continuación, se establecieron modelos de regresiones lineales para identificar la capacidad predictiva de la edad. Se revisaron para cada una de las variables de riesgo suicida los valores ajustados de determinación para inferir la cantidad de varianza explicada por la edad, así como la dirección de la predicción en los casos en los que su valor comparativo era superior al valor $p < .05$, con el estadístico beta estandarizado [$sd \beta$].

En la tabla 2, se presentan los valores predictivos obtenidos para cada una de las variables de riesgo a partir de la edad, donde ninguna de las variables, tanto en el valor AR^2 como $sd \beta$, sugieren capacidad explicativa. A pesar de ello, se identificó un valor negativo en casi todas las variables, lo que sugiere una leve asociación entre edades menores y una mayor varianza explicada. No obstante, esta observación se trataría de una inferencia sin soporte estadísticamente significativo.

Tabla 2. Regresiones lineales entre edad y variables de riesgo suicida

Modelo	R^2	AR^2	RMSE	$sd \beta$ (IC95 %)
H ₀	0.000	0.000	2.832	
RS	0.014	0.012	2.815	-0.118** (-0.057 -0.007)
H ₀	0.000	0.000	3.928	
ISP	0.011	0.008	3.911	-0.103* (-0.074 -0.004)
H ₀	0.000	0.000	5.089	
ISN	0.005	0.003	5.081	0.072 (0.081 -0.010)
H ₀	0.000	0.000	7.027	
PANSI	0.011	0.009	6.996	-0.104* (-0.133 -0.008)
H ₀	0.000	0.000	2.920	
DS	0.001	-0.001	2.922	0.031 (0.017 -0.035)
H ₀	0.000	0.000	1.076	
IS	0.010	0.007	1.072	-0.098* (-0.020 -6.815e-4)

Modelo	R^2	AR^2	RMSE	$sd \beta$ (IC95 %)
H ₀	0.000	0.000	3.336	
Zung Fisiol.	0.012	0.010	3.319	-0.111* (-0.066 -0.006)
H ₀	0.000	0.000	5.989	
Zung Psic.	0.026	0.024	5.915	-0.163*** (-0.147 -0.042)
H ₀	0.000	0.000	0.109	
Zung Total	0.022	0.020	0.108	-0.148*** (-0.003 -6.002e-4)

Nota: * $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$. RS (Riesgo suicida), ISP y ISN (Ideación suicida positiva y negativa), PANSI (total ideación suicida), DS e IS (Desesperanza e Ideación Suicida del IDIS), Zung Fisiol, Psic, y Total (Depresión escala Fisiológica, Psicológica y Total).

Fuente: elaboración propia.

En resumen, los resultados de este capítulo indican que la relación entre edad y riesgo suicida no fue concluyente para la población del Tolima. En primer lugar, los hallazgos a nivel descriptivo parecen concordar con las tendencias de suicidio en el mundo, en particular, por las franjas de edades con mayor prevalencia en adolescentes y adultos jóvenes.

Al respecto, se destaca en un reporte de seguimiento longitudinal en los Estados Unidos de América: la franja de edades entre 10 y 34 años ha tenido un incremento significativo (35 %) y constante desde 1999 (Hedegaard et al., 2020). Este fenómeno parece estar vinculado a variables como el desarrollo cognitivo, los cambios corporales, las habilidades para contrarrestar las autolesiones, la sensibilidad a los periodos críticos en la vida y la misma conceptualización de la muerte que pueden variar entre adolescentes, jóvenes y adultos (Quinlan-Davidson et al., 2014). Por lo tanto, se puede llegar a considerar que las edades más vulnerables siguen siendo las franjas etarias de la adolescencia y juventud; sin embargo, esta conclusión no se desprende directamente de los datos obtenidos en la población del Tolima, por lo que se recomienda tener precaución con esta sugerencia.

Asimismo, se debe considerar que el consumo de alcohol, especialmente en la adolescencia, puede estar relacionada con la aparición de conductas de riesgo suicida. Al respecto, los estudios han indicado que el consumo de alcohol en menores de 13 años está asociado con mayor ideación suicida, enfermedades mentales, violencia

sexual y victimización (Baiden et al., 2018). En países con un nivel de desarrollo medio, este fenómeno aparece con mayor prevalencia entre los 15 y 17 años (Uddin et al., 2019), mientras que en países de alto desarrollo económico, la prevalencia más alta de ideación suicida en los últimos doce meses antes del reporte, estuvo en las franjas de edad de las personas mayores de 65 años (Cabello et al., 2019).

A su vez, se ha identificado que el riesgo suicida en personas mayores de 59 años se diferencia del de las personas entre 18 y 49 años debido a factores como la impulsividad ante el acceso a las armas, así como el aferrarse a un plan de seguridad ante el riesgo suicida (Simons et al., 2019). Estos hallazgos coinciden con los valores negativos en los coeficientes beta estandarizados de los resultados, en los que los datos sugieren una tendencia a mayor riesgo en edades menores. No obstante, al igual que en los datos descriptivos, los valores no fueron estadísticamente significativos y requieren de nuevas hipótesis que verifiquen la capacidad predictiva de la edad directamente con el riesgo suicida.

Aunque la capacidad predictiva de la edad no fue suficiente para explicar las variables de riesgo como depresión, desesperanza, ideación suicida y riesgo suicida, se consideró que esta variable puede funcionar como moderadora con otras variables, como la profesión u otras de riesgo que están en aumento permanente en los países de las Américas (Quinlan-Davidson et al., 2014).

Finalmente, como se ha documentado en estudios con personas mayores de 70 años y su asociación con el riesgo suicida, son personas que pueden llegar a justificar su muerte (ej., rechazo de tratamientos) y que generan dificultades metodológicas en la identificación de la conducta suicida. Asimismo, se ha reconocido que también se asocian a factores como el aislamiento, el deterioro de la salud, la pérdida de la independencia, la desesperanza y las escasas razones para vivir, llegando incluso a considerar que su vida está culminada (Richards, 2017). En el caso de la presente investigación, dado que la edad máxima fue de 66 años, se recomienda para futuros estudios incluir un grupo etario con una muestra de mayores de 70 años para identificar el riesgo suicida y verificar las hipótesis relacionadas con la edad.

Riesgo suicida según el sexo (masculino o femenino)

El riesgo suicida se manifiesta de forma diferencial en hombres y mujeres, con un ratio de variación de 1.9 para hombres con respecto a las mujeres (WHO, 2014). En Colombia, la tasa general por cada 100 000 habitantes en el 2019 fue de 3.7 (IC95 %, 2.5-8.7), y se

observa indiscutiblemente la diferencia en la tasa para hombres (6.0 IC95 %, 4.1-15.0) con respecto a las mujeres (1.7 IC95 %, 1.1-2.4) (WHO, 2021).

Sin embargo, estos datos corresponden a las muertes reportadas por suicidio como forma de violencia autoinfligida. Asimismo, los intentos son más frecuentes en mujeres (4:1), teniendo en cuenta que por cada muerte hay un registro de 20 intentos (Freeman et al., 2017). Esta paradoja de la conducta suicida (Canetto y Sakinofsky, 1998) destaca las posibles intervenciones a nivel cultural que pueden influir en cometer suicidio con resultado fatal.

Se han planteado diversas explicaciones en torno a estas aparentes diferencias. Por ejemplo, el uso de armas con menor letalidad por parte de las mujeres, el acceso a servicios de salud mental ante los síntomas depresivos (en el cual hay un menor estigma con respecto a los hombres), y los desencadenantes diferenciales, como el desempleo en hombres y enfermedad mental en mujeres. Sin embargo, en edades de adultez tardía las variaciones cambian a favor de las mujeres con mayores intentos de suicidio (Freeman et al., 2017).

En un estudio previo en Colombia, realizado en el departamento de Antioquia mediante autopsias psicológicas, se encontraron diferencias puntuales en los métodos utilizados: en hombres predominó el uso de armas de fuego y estar bajo efectos del alcohol, mientras que en las mujeres fue más común la muerte en casa con una nota suicida (González et al., 2010).

Si bien las tasas de muertes son elevadas para hombres, las manifestaciones clínicas, así como los factores de riesgo, pueden ser diferenciales y no resultan claros en los estudios actuales. La combinación de factores de riesgo en hombres y mujeres puede darse de forma diferencial, lo que propiciaría un desenlace de igual manera dispar en cuanto a las manifestaciones de la conducta suicida. Incluso en los síntomas depresivos, las apariciones sintomáticas varían entre sexos, aunque no son concluyentes aún según los reportes meta-analíticos. Por ejemplo, en un reporte del 2017 (Cavanagh et al., 2017), se encontró que las mujeres presentaban mayor intensidad en síntomas como afecto depresivo ($g = -0.20$ [IC95 % -0.33 y -0.08]), cambios en el apetito ($g = -0.20$ [IC95 %, -0.28 y -0.11]) y problemas de sueño ($g = -0.11$ [IC95 % -0.19 y -0.03]).

En un estudio que realizó un seguimiento a las respuestas de ideación suicida en trabajadores, se encontró que las mujeres reportaron una mayor frecuencia de ideación suicida ante factores como la injusticia organizacional y la disconformidad con el clima laboral, con un incremento en edades de adultez media ante la posibilidad de perder el

empleo. Estos datos constituyen evidencia de la capacidad predictiva de estresores en la ideación suicida, como el sexo femenino y sus variaciones en la edad (Kim et al., 2020).

Sin embargo, este mismo fenómeno no es claro en el caso de las hospitalizaciones, ya que no hay evidencia suficiente para asegurar que las variaciones también se presentan con la misma prevalencia de la conducta suicida entre hombres y mujeres; al parecer, no existen diferencias estadísticamente significativas en este nivel de gravedad (Nosova et al., 2022). Esto sugiere la necesidad de investigar con mayor detalle la paradoja del sexo y otros factores como el acceso a la atención en crisis y el mismo estigma asociado a la masculinidad, entre otros.

El objetivo del presente capítulo fue determinar las diferencias en las medidas de riesgo suicida, desesperanza, ideación suicida y depresión en los participantes del Tolima. A partir de los datos obtenidos, se espera contar con evidencia reciente y local sobre el papel del sexo en la conducta suicida, pese a que las variaciones pueden ser inconsistentes debido a factores como el uso de métodos, las construcciones sociales en torno al machismo y el feminismo, la cultura tolimese y el estatus social (Payne et al., 2008).

Para ello, se llevaron a cabo comparaciones entre sexos. Se inició con una revisión a nivel categórico para evidenciar las diferencias entre los hombres y mujeres en los grupos riesgo y sin riesgo, de acuerdo con los puntos de corte de la Plutchik para riesgo suicida. Se obtuvieron dos grupos: uno de hombres (5.45 %, $n = 25$) y mujeres (13 %, $n = 60$) con riesgo suicida, y otro de hombres (23.58 %, $n = 108$) y mujeres (76.41 %, $n = 350$) sin riesgo suicida. Ante estas proporciones, se verificó que las diferencias entre sexos no resultaban estadísticamente significativas ($\chi^2 = 1.969$, $df = 1$, $p = .161$, $\phi = .066$), un dato que podría interferir en las comparaciones generales.

Teniendo en cuenta que las diferencias intragrupalas fueron controladas, se procedió a comparar la muestra general ($n = 458$, 100 %), mediante una prueba t de Student para muestras independientes en cada una de las variables de riesgo: riesgo suicida general, ideación suicida positiva y negativa, desesperanza y depresión.

En la tabla 3, se presentan los valores descriptivos de cada variable de riesgo. Se observó que el nivel de riesgo suicida, ideación y desesperanza promedio fue superior en los hombres, mientras que la depresión y una de las medidas de riesgo suicida del IDIS resultaron similares entre sexos. Sin embargo, se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la ideación suicida positiva del PANSI ($p = .014$), considerada una medida de factor protector ante el riesgo suicida.

A manera de complemento del análisis estadístico, se llevó a cabo un análisis mediante inferencias bayesianas, un modelo probabilístico no frecuentista basado en las probabilidades de ocurrencia de los supuestos iniciales del cálculo. Este análisis toma los datos obtenidos por cada sexo en cada variable de riesgo y asigna un valor probabilístico conjunto que determina la probabilidad de la aparición de diferencias entre cada muestra (inferencia bayesiana) (Alonso y Tabau, 2002). El análisis según Wagenmakers et al. (2011), se asume con el factor de Bayes 10 (BF10), en el que los valores entre 1 y 3 sugieren evidencia anecdótica para la hipótesis de trabajo, y valores entre 3 y 10 sugieren evidencia substancial para la hipótesis de trabajo. En el caso del presente estudio, en la tabla 3 se observa que se obtuvo evidencia anecdótica para la ideación suicida positiva (BF10 = 2.237).

A manera de complemento del análisis estadístico, se llevó a cabo un análisis mediante inferencias bayesianas, un modelo probabilístico no frecuentista basado en las probabilidades de ocurrencia de los supuestos iniciales del cálculo.

Tabla 3. Comparaciones entre sexos para las variables psicológicas de riesgo suicida

Variables	Grupo	N	Media	DE	IC95 %		t	df	P	BF ₁₀	error %
Riesgo suicida	Hombres	108	3.074	3.029	0.291	2.496	0.824	456	0.410	0.168	3.883e-5
	Mujeres	350	2.817	2.770	0.148	2.526					
IS positiva	Hombres	108	6.148	4.151	5.356	6.940	2.471	456	0.014	2.237	2.137e-6
	Mujeres	350	5.086	3.828	4.683	5.488					
IS negativa	Hombres	108	2.602	4.903	1.667	3.537	0.584	456	0.559	0.143	4.629e-5
	Mujeres	350	2.274	5.149	1.733	2.816					
PANSI	Hombres	108	2.602	4.903	0.472	1.667	1.785	456	0.075	0.143	4.629e-5
	Mujeres	350	2.274	5.149	0.275	1.733					
DS	Hombres	108	8.463	7.213	0.694	7.087	-1.399	456	0.162	0.557	1.034e-5
	Mujeres	350	7.086	6.947	0.371	6.355					
IS	Hombres	108	9.259	2.927	0.282	8.701	0.340	456	0.734	0.310	1.983e-5
	Mujeres	350	9.709	2.914	0.156	9.402					
IDIS	Hombres	108	7.389	0.984	0.095	7.201	-1.140	456	0.255	0.128	5.196e-5
	Mujeres	350	7.349	1.104	0.059	7.232					
SDS Zung	Hombres	108	16.648	3.139	0.302	16.049	-1.073	456	0.284	0.226	2.805e-5
	Mujeres	350	17.057	3.294	0.176	16.711					

Nota: Bayesian Independent Samples T-Test (BF_{10}).

Fuente: elaboración propia.

A partir de los resultados obtenidos con la muestra conformada, se puede afirmar que no existen diferencias entre sexos en las medidas de riesgo suicida establecidas a partir de una medida general de riesgo, ideación suicida, desesperanza y depresión. Estos datos son inconsistentes con estudios previos en los que se ha documentado un mayor riesgo de muerte por suicidio en hombres, mientras que las mujeres presentan más ideación suicida e intentos de suicidio. Se ha sugerido que esto se debe a mayores conflictos emocionales en edades tempranas (Shin et al., 2014), así como experiencias depresivas e ideación suicida más frecuente (Nock et al., 2013).

Por ejemplo, en un estudio previo en el departamento de Boyacá, se reportó una elevada ideación suicida en mujeres (Toro et al., 2018); sin embargo, en el departamento del Tolima, el fenómeno suicida no estaría relacionado directamente con el sexo masculino o femenino, estarían jugando otras variables que no fueron tenidas en cuenta en el análisis estadístico con la muestra.

Uno de estos factores es la medición de las construcciones sociales en torno al machismo y el feminismo, la cultura tolimesa y el estatus social (Payne et al., 2008), los cuales podrían tener un papel mediacional no detectado en los procedimientos estadísticos empleados. Otro componente es discernir con mayor precisión los indicadores de conducta suicida, usando medidas adicionales de desesperanza, razones para vivir, planeación, depresión estado-rasgo, entre otras variables complementarias.

Al respecto, la evidencia ha sugerido que aspectos como la capacidad de perdón y autoperdón en mujeres depresivas se asocia con menores síntomas depresivos, a diferencia de los varones, aunque el perdón espiritual o divino no mostró diferencias significativas o asociaciones relevantes (Kuzubova et al., 2021).

En cuanto a la ideación suicida, sigue siendo más prevalente en mujeres y se asocian a otros factores como la elevada presión académica y social (Zhang et al., 2019). Además, se ha reportado en informes que la moderación del consumo de licor en mujeres incide en el incremento de riesgo suicida, en particular a través de las conductas autolesivas (Li et al., 2020).

Estos datos sugieren que las escasas diferencias encontradas en el presente estudio requieren de un análisis más detallado de las variables moderadoras ligadas a los roles de género y el incremento del riesgo en cada grupo. De esta manera, la ausencia de variaciones estadísticamente significativas impidió verificar las hipótesis comparativas del presente capítulo, algo que debe ser tenido en cuenta para futuros estudios con muestras del Tolima y sus municipios.

En conclusión, los datos obtenidos sugieren que no existen diferencias significativas entre sexos en el riesgo suicida en la muestra del Tolima. Este hallazgo permite generalizar para ambos sexos los modelos explicativos de la conducta suicida; sin embargo, se recomienda establecer una nueva revisión en posteriores investigaciones de este inesperado hallazgo.

Riesgo suicida y otras variables sociodemográficas

El estudio del riesgo suicida en el Tolima requirió de la revisión de otras variables sociodemográficas que también se han considerado indicadores de riesgo. Ya se mencionaba en el capítulo 2 los factores que a nivel mundial y local han sido considerados claves para el estudio de la conducta suicida. De acuerdo con el informe de la OMS (2014) y el reporte Forensis del 2019 (Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses [INMLCF], 2023a), se destacan como características sociodemográficas asociadas con las muertes por suicidio el haber estado desempleado, soltero, pertenecer a niveles socioeconómicos medios o bajos y tener formación académica básica primaria o secundaria.

Se usó la escala de riesgo suicida de Plutchik para agrupar la muestra en personas con riesgo ($n = 85$) y sin riesgo ($n = 273$). Luego, se realizaron análisis asociativos mediante tablas de contingencia, aprovechando las variables nominales y ordinales de los datos sociodemográficos: ocupación, estado civil, estrato socioeconómico y nivel educativo. Se revisaron las frecuencias de cada caso y el porcentaje según la presencia o ausencia de riesgo, complementando con una prueba de hipótesis para variables categóricas mediante el estadístico χ^2 , con un valor de aceptación de la hipótesis de trabajo $p < .05$.

La tabla 4 muestra los comparativos para riesgo suicida según la ocupación. Se observa que entre el 15.29 % y el 23.52 % de las personas con riesgo suicida estaban distribuidas en diferentes condiciones ocupacionales. Sin embargo, las diferencias porcentuales entre los grupos no parecen grandes con respecto a las demás condiciones. Solo aparecen diferencias estadísticamente significativas en la condición de empleados sin riesgo con respecto a las demás condiciones de ocupación, por lo que no es posible afirmar que haya una relación significativa entre el tipo de ocupación y el riesgo suicida.

Tabla 4. Comparativos categóricos según ocupación y riesgo suicida

Variable	Sin riesgo		Con riesgo		Comparativo		
Ocupación	F	%	f	%	χ^2	df	p
Desempleado	86	23.05	13	15.29	37.629	5	< .001
Empleado	142	38.07	17	20.00			
Independiente	68	18.23	16	18.82			
Hogar	20	5.36	19	22.35			
Estudiante	51	13.67	20	23.52			
Otra	6	1.60	0	0.00			
Datos perdidos	0	0.00	0	0.00			
Total	373	100	85	100			

Fuente: elaboración propia.

Posteriormente, se llevó a cabo el mismo procedimiento con la variable estado civil, cuyas frecuencias y porcentajes obtenidos se presentan en la tabla 5. Entre los hallazgos se puede identificar que, a pesar de que las diferencias no fueron significativas en las condiciones de comparación. Sin embargo, si se observan los valores porcentuales, se puede establecer que la condición de soltero(a) dentro del grupo de riesgo es la que mayor valor tiene (51.76 %), seguida de la condición de divorciado(a) (35.2 %). Estos resultados sugieren un sesgo hacia estas poblaciones, lo que coincide con los valores esperados según la OMS (2014) y el INMLCF (2023a).

Tabla 5. Comparativos categóricos según estado civil y riesgo suicida

Variable	Sin riesgo		Con riesgo		Comparativo		
Estado civil	F	%	f	%	X^2	df	p
Casado(a)	74	19.83	18	21.17	3.830	5	0.574
Soltero(a)	188	50.40	44	51.76			
Viudo(a)	3	0.80	1	11.7			
Separado(a)	14	3.75	5	58.8			
Divorciado(a)	6	1.60	3	35.2			
Unión libre	88	23.59	14	16.47			
Datos perdidos	0	0.00	0	0.00			
Total	373	100	85	100			

Fuente: elaboración propia.

En cuanto a los niveles socioeconómicos, los datos reflejan que las diferencias entre los distintos estratos no fueron significativas. Sin embargo, se destaca que el 58.82 % de los participantes con riesgo se encontraban en el nivel socioeconómico bajo, seguido por el 23.52 % en el nivel medio-bajo y el 17.64 % en el bajo-bajo. Este hallazgo es coherente con los reportes de la OMS (2014) y el INMLCF (2023a).

Tabla 6. Comparativos categóricos según estrato socioeconómico y riesgo suicida

Variable	Sin riesgo		Con riesgo		Comparativo		
Estrato socio-económico	F	%	f	%	X ²	Df	p
1 (bajo-bajo)	82	21.98	15	17.64	9.630	5	0.086
2 (bajo)	190	50.93	50	58.82			
3 (medio-bajo)	69	18.49	20	23.52			
4 (medio)	26	6.97	0	0.00			
5 (medio-alto)	5	1.34	0	0.00			
6 (alto)	1	0.26	0	0.00			
Datos perdidos	0	0.00	0	0.00			
Total	373	100	85	100			

Fuente: elaboración propia.

En los comparativos llevados a cabo con los niveles educativos, se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre varios de ellos ($p < .05$). En la tabla 7 se presentan los valores obtenidos. Se destacan las variaciones entre los niveles educativos de secundaria y profesional como aquellos que marcaron la diferencia con respecto a los demás niveles de formación, especialmente, en el grupo de riesgo el 40 % de los participantes eran personas profesionales, un dato que contrasta los reportes de la OMS (2014), y el INMLCF (2023a).

Tabla 7. Comparativos categóricos según nivel educativo y riesgo suicida

Variable	Sin riesgo		Con riesgo		Comparativo		
Nivel educativo	F	%	f	%	X^2	df	p
Primaria	5	1.34	1	1.17	37.629	5	< .001
Secundaria	92	24.66	24	28.23			
Técnico	100	26.81	11	12.94			
Tecnológico	35	9.38	11	12.94			
Profesional	116	31.09	34	40.00			
Postgrado	25	6.70	4	4.70			
Datos perdidos	0	0.00	0	0.00			
Total	373	100	85	100			

Fuente: elaboración propia.

Se revisaron otras variables sociodemográficas con el fin de establecer un perfil de riesgo suicida y contrastarlo con reportes previos sobre la conducta suicida. En la muestra del Tolima tomada para el desarrollo del estudio, no se encontraron diferencias significativas en la ocupación, pero sí una mayor proporción de riesgo en personas solteras y divorciadas, en los niveles socioeconómicos medio-bajo y en los niveles educativos de bachillerato y profesional.

Estos datos coinciden con los perfiles suicidas reportados en estudios longitudinales llevados a cabo con análisis de clases latentes (Love y Durtschi, 2021), en los que la variable de aislamiento, asociada a los estados civiles de soltería o separación, son los mayores predictores de la ideación suicida ($OR = 3.53$) e intentos suicidas ($OR = 2.70$). Inversamente, como factores protectores ante el riesgo está la perspectiva hacia la vida en la disminución de la ideación suicida ($OR = 0.45$) y del riesgo suicida ($OR = 0.52$).

Se destaca en estos resultados el papel del nivel educativo en el análisis del riesgo suicida, ya que jóvenes con formación universitaria presentaron mayores reportes de riesgo. Al respecto, se ha afirmado que los procesos de búsqueda de apoyo social son un factor clave en la comprensión de la conducta suicida. Factores como el aislamiento, la red de apoyo disfuncional y otros, como la estructura familiar e incluso sistemas sanitarios disponibles, dan cuenta de este perfil de riesgo (Junus y Yip, 2021). Cabe aclarar que estos perfiles de riesgo juveniles están asociados a otros factores igualmente relevantes, como el historial de intentos previos, ideación suicida, depresión, uso de drogas y alcohol, impulsividad y agresión, e historial de abuso físico y sexual (King et al., 2020).

En conclusión, se puede afirmar que el aislamiento es una variable de alto riesgo suicida en la población del Tolima. Este puede estar asociado a estados civiles como soltería o separación, así como niveles educativos universitarios. Este grupo de riesgo podría combinarse con otras variables como ideación suicida más frecuente, intentos previos y consumo de sustancias, entre otros. Sin embargo, se recomienda tomar con cautela estas conclusiones dadas las disparidades entre los tamaños muestrales de cada grupo comparado, las variaciones entre hombres y mujeres, entre otros factores que pueden influir en la generalización de los hallazgos del actual capítulo.

Otros factores de riesgo suicida en el Tolima

El suicidio se ha reconocido como un fenómeno multifactorial, y sus manifestaciones conductuales resultan más desconocidas, especialmente porque tanto el intento suicida como el suicidio consumado no son trastornos psiquiátricos en sí mismos, pero pueden estar asociados a manifestaciones emocionales ante distintos estresores (Groholt et al., 2006).

Diversos factores estresores han sido identificados mediante descripciones forenses o reportes de estudios de riesgo epidemiológico con cohortes de riesgo establecidas, la mayoría llevados a cabo en centros de salud psiquiátrica con internado (Groholt y Ekeberg, 2009). En Colombia, el informe Forensis (INMLCF, 2023a) reporta cada año algunas de las características relevantes de los perfiles suicidas consumados. Estos datos permitieron generar algunas preguntas dicotómicas (ausente/presente) para establecer análisis de contingencia entre variables de riesgo suicida (sin riesgo/con riesgo).

Se llevaron a cabo análisis asociativos con variables de riesgo de ideación suicida, (tabla 8) maltrato (tabla 9) y otras variables contextuales como muerte de personas cercanas, contagio suicida e insatisfacción escolar o laboral (tabla 10). Las pruebas de

hipótesis se estimaron mediante la prueba chi-cuadrado ($\chi^2, p < .05$) y se determinó la razón de momios (OR) para cada proporción de riesgo en los casos en los que resultaron significativas las diferencias. Se asume que el valor OR superior a 1 indica el número de veces que incrementa el riesgo ante la presencia del estresor, de esta manera es posible determinar el nivel del riesgo de cada variable nominal.

En la tabla 8, se presentan los estresores relacionados con el reporte de los participantes con respecto a la aparición de ideación suicida. Los problemas económicos presentaron un nivel mayor de riesgo ($OR_{log} = 2.63$ IC95 % 1.94 - 3.33), seguidos de los problemas de pareja ($OR_{log} = 1.78$ IC95 % 0.96 - 2.59). Estos hallazgos coinciden con reportes previos, donde se ha identificado que los conflictos de pareja pueden ser un estresor relevante en el intento y muerte por suicidio, en especial si ocurren en un lapso entre un día a un mes antes del suceso. Este riesgo incrementa si la persona es joven y presenta una enfermedad mental (Liu et al., 2019). Con respecto al último factor, revisado en la tabla 8, se destaca que el padecimiento de una enfermedad crónica no representó una diferencia significativa con respecto a la ideación suicida.

Diversos factores estresores han sido identificados mediante descripciones forenses o reportes de estudios de riesgo epidemiológico con cohortes de riesgo establecidas, la mayoría llevados a cabo en centros de salud psiquiátrica con internado (Groholt y Ekeberg, 2009).

Tabla 8. Asociaciones entre ideación suicida según estresores y riesgo suicida

Variable	Clasificación	Ausente	Presente	Total	χ ²	Df	P	OR _{log}	IC95 % inferior	IC95 % superior
Ideación suicida por problemas de pareja	Sin riesgo	f 361	12	373	22.709	1	< .001	1.780	0.968	2.592
		% 78.82 %	2.62 %	81.44 %						
	Con riesgo	f 71	14	85						
		% 15.50 %	3.05 %	18.55 %						
	Total	f 432	26	458						
		% 94.32 %	5.67 %	100 %						
Ideación suicida por problema económico	Sin riesgo	f 359	14	373	79.302	1	< .001	2.638	1.943	3.333
		% 78.38 %	3.05 %	81.44 %						
	Con riesgo	f 55	30	85						
		% 12.00 %	6.55 %	18.55 %						
	Total	f 414	44	458						
		% 90.39 %	9.60 %	100 %						
IS debida a enfermedad crónica	Sin riesgo	f 371	2	373	2.639	1	0.104	1.497	-0.477	3.472
		% 81.00 %	0.43 %	81.44 %						
	Con riesgo	f 83	2	85						
		% 18.12 %	0.43 %	18.55 %						
	Total	f 454	4	458						
		% 99.12 %	0.87 %	100 %						

Fuente: elaboración propia.

El maltrato físico, psicológico o sexual se ha considerado un factor de riesgo importante para la conducta suicida, especialmente en casos donde las personas requieren atención en centros de salud o internados debido a heridas físicas o relacionadas con abuso sexual (Wong et al., 2020). Sin embargo, los mecanismos que enlazan el maltrato y el suicidio requieren de mayor investigación (Schönfelder et al., 2021), ya que se requieren modelos más precisos que involucren la interacción de diferentes variables en el desarrollo de la conducta suicida.

En la tabla 9, se observa que el haber padecido maltrato físico fue el factor de mayor riesgo ($OR_{log} = 1.72$ IC95 % 0.51 - 2.93), aunque no muy alejado del maltrato psicológico ($OR_{log} = 1.46$ IC95 % 0.95 - 1.98) y el abuso sexual ($OR_{log} = 1.38$ IC95 % 0.69 - 2.06). Se puede afirmar que todas las manifestaciones de maltrato revisadas constituyen un factor de riesgo en la conducta suicida del Tolima.

El maltrato físico, psicológico o sexual se ha considerado un factor de riesgo importante para la conducta suicida, especialmente en casos donde las personas requieren atención en centros de salud o internados debido a heridas físicas o relacionadas con abuso sexual (Wong et al., 2020).

Tabla 9. Asociaciones entre riesgo suicida y maltrato físico, psicológico y abuso sexual

Variable	Clasificación	Ausente	Presente	Total	X ²	df	p	OR _{log}	IC95 % inferior	IC95 % superior
Maltrato físico	Sin riesgo	f 368 80.34 %	5 1.09 %	373 81.44 %	9.657	1	0.002	1.721	0.510	2.932
	Con riesgo	f 79 17.24 %	6 1.31 %	85 18.55 %						
	Total	f 447 97.59 %	11 2.40 %	458 100 %						
Maltrato psicológico	Sin riesgo	f 319 69.65 %	54 11.79 %	373 81.44 %	34.069	1	< .001	1.468	0.950	1.986
	Con riesgo	F 49 10.69 %	36 7.86 %	85 18.55 %						
	Total	F 368 80.34 %	90 19.65 %	458 100 %						
Abuso sexual	Sin riesgo	f 351 76.63 %	22 4.803 %	373 81.44 %	17.671	1	< .001	1.383	0.699	2.068
	Con riesgo	F 68 14.84 %	17 3.71 %	85 18.55 %						
	Total	F 419 91.48 %	39 8.51 %	458 100 %						

Fuente: elaboración propia.

En la investigación de los factores de riesgo suicida, se han reportado otras variables de interés que pueden estar asociadas a la aparición de la ideación, intento y muerte por suicidio. Entre ellas están diferentes estresores psicosociales que se presentan de manera conjunta, ya sea ante la enfermedad física o mental. Por ejemplo, el desajuste psicosocial y la insatisfacción con la vida pueden acarrear el diagnóstico de una enfermedad terminal (Wang et al., 2020).

Un estresor psicosocial relevante estaría relacionado con los problemas legales, en particular, si involucran pérdida de la libertad. Se considera que el suicidio es una de las principales causas de muerte en prisiones a nivel mundial (18.5 de cada 100 000 internos), al parecer, debido a que se incrementa el aislamiento, los intentos y la ideación constante (Eck et al., 2019). Al respecto, los estudios han reportado que hay diferencias significativas en la salud mental y el riesgo suicida en personas con problemas legales, especialmente si están ligados a estresores vitales (10.7 % versus 6.2 %), muchos de ellos precedidos por una crisis (Stone et al., 2018). Adicionalmente, los registros legales de muerte por suicidio han documentado que las causas de suicidio identificadas difieren entre hombres y mujeres; en varones, usualmente se atribuyen a problemas legales y a la pérdida del trabajo, mientras que en las mujeres se atribuyen a los problemas mentales e interpersonales a nivel afectivo (Chen et al., 2012).

Otro factor de riesgo analizado fue la presencia de muerte, y más aún, el suicidio de personas conocidas o cercanas, ya que, al parecer, exacerban el nivel de riesgo suicida, especialmente en mujeres (Yıldız et al., 2019).

En la tabla 10, se presentan los valores de riesgo analizados para estas variables adicionales en el estudio del riesgo suicida en el Tolima. Se encontró que la insatisfacción con la actividad escolar o laboral fue uno de los mayores indicadores de riesgo suicida en la muestra ($OR_{log} = 3.42$ IC95 % 2.17 – 4.68). Sin embargo, la muerte de personas cercanas ($OR_{log} = 0.67$ IC95 % 0.19 – 1.15), incluidas las muertes por suicidio ($OR_{log} = 0.66$ IC95 % 0.13 – 1.19), parecieran ser factores protectores en el caso de la muestra del Tolima, un hallazgo contradictorio con los reportes de otros países, lo que sugiere la necesidad de revisión en posteriores investigaciones. Finalmente, los problemas legales no mostraron diferencias estadísticamente significativas en cuanto al riesgo.

Tabla 10. Asociaciones entre riesgo, insatisfacción, muerte de cercanos y problemas legales

Variable	Clasificación		Ausente	Presente	Total	X ²	df	p	OR _{log}	IC95 % inferior	IC95 % superior
Insatisfacción escolar/laboral	Sin riesgo	f	370	3	373	61.080	1	< .001	3.429	2.174	4.683
		%	80.78 %	0.65 %	81.44 %						
	Con riesgo	f	68	17	85						
		%	14.84 %	3.71 %	18.55 %						
Muerte de persona cercana	Total	f	438	20	458						
		%	95.63 %	4.36 %	100 %						
	Sin riesgo	f	249	124	373	7.831	1	0.005	0.674	0.197	1.150
		%	54.36 %	27.07 %	81.44 %						
Problemas legales	Con riesgo	f	43	42	85						
		%	9.389 %	9.17 %	18.55 %						
	Total	f	292	166	458						
		%	63.75 %	36.24 %	100 %						
Suicidio de persona cercana	Sin riesgo	f	332	41	373	2.857	1	0.091	0.551	-0.094	1.196
		%	72.48 %	8.95 %	81.44 %						
	Con riesgo	f	70	15	85						
		%	15.28 %	3.27 %	18.55 %						
	Total	f	402	56	458						
		%	87.77 %	12.22 %	100 %						
	Sin riesgo	f	304	69	373	6.154	1	0.013	0.663	0.133	1.194
		%	66.37 %	15.06 %	81.44 %						
	Con riesgo	f	59	26	85						
		%	12.88 %	5.67 %	18.55 %						
	Total	f	363	95	458						
		%	79.25 %	20.74 %	100 %						

Fuente: elaboración propia.

Los resultados reportados sugieren que, pese a los reportes internacionales en torno al fenómeno suicida, es necesario ahondar el problema incluyendo diferentes variables que pueden cumplir un valor moderador de la aparición del riesgo suicida, como lo son padecer un problema interpersonal con personas afectivamente allegadas, riesgo de pérdida laboral, afrontar un problema legal y sus consecuencias a corto y mediano plazo, así como el proceso de duelo y la misma etapa de duelo que estén pasando los encuestados, particularmente, aquellas familias y cercanos en los que han ocurrido muertes por suicidio.

En este último, se ha sugerido que el contagio suicida es un constructo multidimensional que podría generar nuevas líneas de investigación en torno a la aparición de la conducta suicida tras el fallecimiento de un familiar o conocido por esta causa. El contagio suicida puede manifestarse de diversas formas: como transmisión, por imitación, como contexto o influencia y como afiliación (Cheng et al., 2014). Al respecto, se ha despertado un creciente interés de investigación en la aparición del contagio suicida por medio de las redes sociales como Instagram, que suelen tener un impacto mayor en la aparición de conductas autolesivas y de riesgo suicida (Carlyle et al., 2018), además de contenidos emocionales negativos que influyen en la aparición de autolesiones posteriores mientras los usuarios están fuera de línea (Picardo et al., 2020).

Hallazgos como estos permiten inferir que hay diferentes estresores y factores de riesgo que, ante el avance de las redes sociales en la actualidad y la escasa evidencia con la que se cuenta, no han sido tenidos en cuenta y requieren de mayores avances en la investigación, tanto en los mecanismos explicativos como en el seguimiento longitudinal de los casos para conocer con mayor detalle los efectos en la salud mental y, en particular, en la conducta suicida.

CAPÍTULO 5

MEDICIÓN DE LA CONDUCTA SUICIDA EN EL TOLIMA

CAPÍTULO 5. MEDICIÓN DE LA CONDUCTA SUICIDA EN EL TOLIMA

En este capítulo, se presentan los análisis psicométricos de las medidas usadas para identificar el riesgo suicida, la ideación suicida, la desesperanza y la depresión. Asimismo, se presentan los modelos de mejor ajuste de los constructos para el desarrollo de la investigación sobre la conducta suicida en la muestra tolimense.

Medida para identificar el riesgo suicida en el Tolima

El estudio del suicidio requiere de una medida que garantice precisión y estabilidad en sus diferentes usos. Esto favorecería el desarrollo de propuestas explicativas posteriormente, muchas de ellas basadas en medidas cuantitativas usadas en pruebas correlacionales de mayor alcance metodológico. Por lo tanto, la calidad de las mediciones permite a los investigadores desarrollar modelos explicativos correlacionales con márgenes de error mucho más controlados. En última instancia, a mayor precisión durante la evaluación del fenómeno, mejores resultados explicativos se obtienen. En este capítulo, se propende por una revisión de las medidas usadas en la investigación sobre la conducta suicida en el Tolima.

Se llevaron a cabo análisis psicométricos de cada uno de los instrumentos usados, incluyendo uno para riesgo suicida denominado Escala de Riesgo Suicida (ERS), desarrollado por Plutchik et al. (1989). Se trata de una escala de autorreporte compuesta por 15 ítems con formato de respuesta dicotómica. Inicialmente, en su propuesta inicial de 1989, fueron creados 26 ítems, los cuales fueron aplicados en 82 pacientes ambulatorios en un hospital municipal (20 de ellos con resultado positivo en riesgo suicida después de las entrevistas psiquiátricas). Una vez hecho el pilotaje, se aplicó la escala a otros 157 pacientes (50 % hombres), quienes presentaban trastorno depresivo (21.3 %), esquizofrenia (41.9 %), abuso de sustancias (13.8 %), trastorno afectivo bipolar (TAB) en fase de hipomanía (12.5 %), entre otros (10.6 %). Entre los análisis de sensibilidad y especificidad llevados a cabo, se encontró que un punto de corte de 8 puntos (especificidad del 68 %) identificaba de forma correcta a las personas que habían tenido intento suicida previamente.

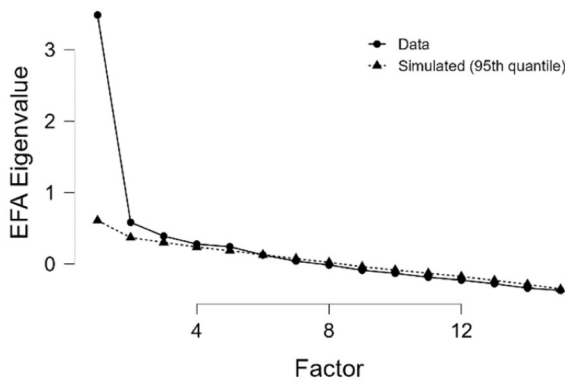
En español, Rubio et al. (1998) llevaron a cabo una validación de la ERS. En este estudio, se reportó un punto de corte de 6 puntos para identificar a las personas con riesgo suicida. Igualmente, en México se encontró el mismo punto de corte para riesgo alto (percentil 80) (Santana-Campas y Santoyo-Telles, 2018). A partir de estos reportes, se consideró pertinente llevar a cabo un análisis psicométrico de la estructura factorial de la ERS con la muestra de participantes del Tolima.

Se llevó a cabo una división de la base de datos ($n = 458$) en dos partes iguales ($n = 229$ cada una) para realizar dos análisis psicométricos: un análisis factorial exploratorio (AFE) para verificar la comunalidad en las respuestas del test, con las cuales se puede inferir la estructura del constructo que subyace en el test, y, a partir de los hallazgos, un análisis factorial confirmatorio (AFC) para analizar de manera conjunta la estructura del test encontrada en el análisis previo. Estos reportes permitieron tener una aproximación a las evidencias de validez del constructo en la muestra total.

El análisis exploratorio inició con la verificación de los indicadores de adecuación muestral mediante el test Kaiser-Meyer-Olkin (*KMO*), cuyo valor esperado es cercano a 1. El valor obtenido fue de 0.79, al igual que la prueba de esfericidad de Bartlett, que verifica la homocedasticidad de las varianzas de la muestra. El valor se estimó mediante una prueba de hipótesis de contraste ($X^2 = 791.276$, $df = 105$, $p < .001$), y en este caso, resultó significativa. De esta manera, los valores del *KMO* y la prueba de Bartlett confirman la viabilidad para llevar a cabo el análisis factorial.

Se inició el AFE con un análisis paralelo, un método recomendado para identificar los factores con valores mayores que el azar sobre la matriz original y no una matriz de correlaciones reducida (Lloret-Segura et al., 2014). De este modo, el análisis paralelo sugirió un factor único que puede ser asumido como una sola dimensión de riesgo suicida. En la figura 6, se presenta un gráfico de sedimentación en el que los autovalores menores a 1 aparecen a partir del segundo punto, según el método de extracción de mínimos cuadrados ponderados robusto (Weighted Least Squares, R-WLS), dado el tipo de respuestas dicotómicas del test analizado, las cuales carecen de una distribución normal de los datos o presentan distribución libre (Freiberg-Hoffmann et al., 2013).

Figura 6. Gráfico de sedimentación para la escala ERS



Nota: En el gráfico se observa la carga factorial en un único factor de riesgo suicida.

Fuente: elaboración propia.

De esta manera, en la tabla 11 aparecen los valores de carga factorial de cada uno de los ítems de la ERS. El análisis factorial toma como referencia para los valores de regresión el ítem 10 (forzado a 1). Los valores obtenidos para los ítems del ERS oscilaron entre 0.28 (“¿Alguna vez se ha sentido tan enfadado/a que habría sido capaz de matar a alguien?”) y 0.69 (“¿Ha pensado alguna vez en suicidarse?”), siendo este último el ítem con mayor capacidad explicativa. Se agrega que el valor de error cuadrático medio de aproximación (*RMSEA*) estuvo dentro de los parámetros aceptables para validar el modelo del test obtenido (*RMSEA* = 0.89 IC90 % 0.077 - 0.103) (Lloret-Segura et al., 2014).

Tabla 11. Cargas factoriales de la escala de riesgo suicida según el método WLS

Ítems		Factor 1	Unicidad
RS13	¿Ha pensado alguna vez en suicidarse?	0.696	0.516
RS14	¿Le ha comentado a alguien, en alguna ocasión, que quería suicidarse?	0.605	0.634
RS8	¿Se ha sentido alguna vez tan fracasado/a que solo quería meterse en la cama y abandonarlo todo?	0.579	0.665
RS6	¿Se ha sentido alguna vez inútil o inservible?	0.566	0.680
RS5	¿Ve su futuro con más pesimismo que optimismo?	0.518	0.732

Ítems		Factor 1	Unicidad
RS4	¿Tiene poco interés en relacionarse con la gente?	0.516	0.734
RS3	¿A veces nota que podría perder el control sobre sí mismo/a?	0.487	0.763
RS2	¿Tiene dificultades para conciliar el sueño?	0.470	0.779
RS15	¿Ha intentado alguna vez quitarse la vida?	0.432	0.814
RS11	¿Sabes si alguien de su familia ha intentado suicidarse alguna vez?	0.398	0.842
RS7	¿Ve su futuro sin ninguna esperanza?	0.342	0.883
RS9	¿Está deprimido/a ahora?	0.322	0.896
RS1	¿Toma de forma habitual algún medicamento como aspirinas o pastillas para dormir?	0.319	0.898
RS12	¿Alguna vez se ha sentido tan enfadado/a que habría sido capaz de matar a alguien?	0.280	0.922
RS10	¿Está usted separado/a, divorciado/a o viudo/a?	-	1.000

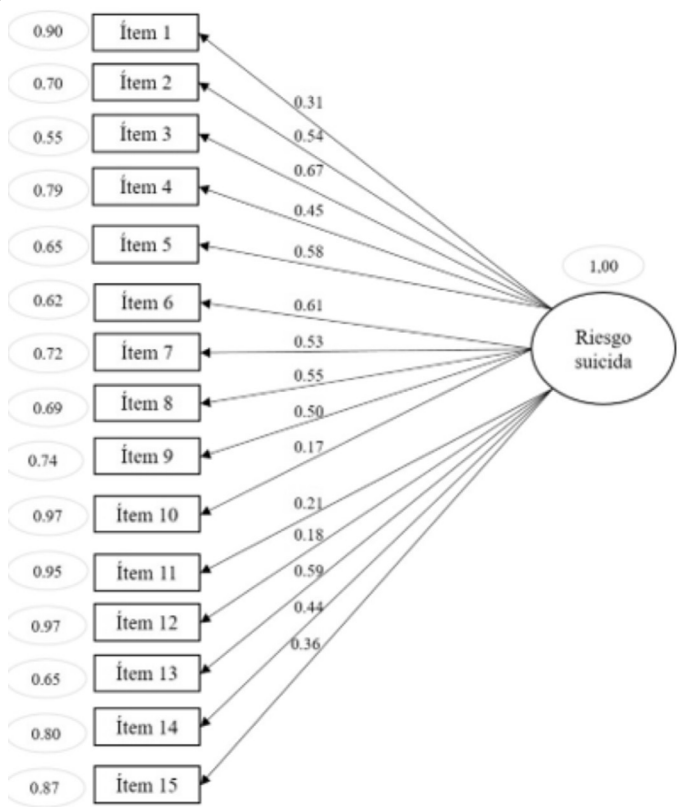
Fuente: elaboración propia.

Posteriormente, se llevó a cabo un AFC con la segunda muestra. Se confirmó la estructura obtenida en el AFE, la cual sugirió un ajuste favorable en un modelo unidimensional del riesgo suicida. En principio, se mantuvo el método de extracción ULS, recomendado para respuestas dicotómicas y sin variaciones en muestras cercanas a $n = 200$ (Savalei et al., 2015).

En el procedimiento estadístico, el modelo unidimensional obtenido con el AFE se verificó mediante un modelado de ecuaciones estructurales. Para ello, se puso a prueba el modelo con los 15 ítems. Los resultados fueron analizados según los valores de referencia de Hu y Bentler (1999), quienes consideran adecuados los valores si el RMSEA (*root mean squared error of approximation*) es inferior a 0.06, el SRMR (*standardized root mean squared residual*) es menor a 0.08, y el CFI (*Comparative Fit Index*) está por encima de 0.90.

Los valores obtenidos indicaron que el modelo unidimensional era favorable para el test de riesgo suicida, ya que se encontró un $CFI = 1$, un $RMSEA = 0.000$ ($IC90 \% 0.00 - 0.00$) y un $SRMR = 0.097$, este último con unas centésimas por encima del valor esperado de 0.08. En la figura 7, se presenta la estructura factorial del test ERS final, donde se observan los valores de los ítems en carga factorial estandarizada. Se destaca que el ítem 6 presenta la mayor capacidad explicativa, mientras que los ítems 10 y 12 presentan las más bajas. Ambos ítems están relacionados con factores de riesgo que no necesariamente se asocian exclusivamente con el riesgo suicida en la psicopatología, dado que indagan variables como el estado civil o la impulsividad en la conducta agresiva.

Figura 7. Estructura factorial unidimensional resultante de la ERS



Nota: En el modelo se observa la estructura comprobada mediante la AFC de la ERS.

Fuente: elaboración propia.

Los resultados de los análisis psicométricos del presente capítulo contrastan con el estudio de Suárez (2019), en el que se obtuvo una retención de dos factores en el test: riesgo de suicidio (40 % de la varianza total) y depresión (13 % de la varianza total), con

una solución final de nueve ítems. En los resultados obtenidos, se conservó la estructura española de Rubio et al. (1998), es decir, sin necesidad de reducciones en la estructura del test, se evidenció la estructura del riesgo suicida del instrumento psicométrico. Por lo tanto, estos hallazgos, constituyen nueva evidencia de la calidad del test en cuanto a validez de constructo y permiten su uso en muestras del Tolima y en la población colombiana en general.

Sin embargo, son necesarios estudios posteriores para verificar la calidad del contenido de los ítems (validez de contenido), la concordancia con otras medidas estandarizadas del riesgo suicida (validez de criterio concurrente), las variaciones entre distintas muestras para asegurar que los puntajes no dependan de las características sociodemográficas (análisis de invarianza), y las propiedades psicométricas relacionadas con la fiabilidad del test (test-retest y consistencia interna). Para el desarrollo del estudio, la ERS se consideró viable y representa una medida precisa para la investigación del riesgo suicida en el Tolima.

Medida para la evaluación de la ideación suicida

La ideación suicida se considera un indicador clave en el estudio del riesgo suicida. Sin embargo, esta manifestación cognitiva de la conducta suicida presenta la dificultad de estar moderada por factores socioculturales que hacen que varíe su expresión conductual, en especial en su desenlace en el intento suicida. Se ha planteado que la ideación suicida oculta puede ser un indicador clave para comprender esta problemática en el estudio de la conducta suicida (Chu et al., 2018). En este capítulo, una forma de contrarrestar esta dificultad es utilizar una escala que mida a su vez la ideación suicida como factor de riesgo y como protector (con reactivos invertidos).

El test elegido para esta evaluación fue el Inventario de Ideación Suicida Positiva y Negativa (PANSI) (Osman et al., 1998), un test que permite evaluar de forma simultánea factores de protección y riesgo con el ánimo de detectar poblaciones con posible riesgo (Villalobos-Galvis, 2010). El test consta de 14 ítems: 6 para evaluar la ideación suicida positiva y 8 para la negativa, con reactivos con una temporalidad de dos semanas, en una escala tipo Likert de 5 puntos: 0 (nunca) hasta 4 (siempre). Los ítems de la ideación suicida positiva incluyen pensamientos protectores contra el suicidio (“¿Te sentiste alegre porque te estaba yendo bien en el colegio o en el trabajo?”), mientras que los de la ideación suicida negativa evalúan factores de riesgo (“¿Pensaste que tus problemas eran tan graves que la única opción que tenías era suicidarte?”) (Avendaño-Prieto et al., 2018).

La adaptación a Colombia se llevó a cabo con 643 estudiantes de la ciudad de San Juan de Pasto, con niveles de escolaridad secundaria y bachillerato, cuyas edades oscilaban entre 10 y 30 años. Entre los resultados del análisis factorial exploratorio, se reportó una replicación de la estructura original, con un 3.8 % de la varianza total explicada, mediante una rotación oblicua y normalización de Kaiser, además de correlaciones negativas que daban a entender que se medía el mismo constructo, aunque no se manera idéntica (Villalobos-Galvis, 2010).

Dado existían varios estudios previos sobre la estructura psicométrica del PANSI en el país (v. g., Avendaño-Prieto et al., 2018, 2021; Villalobos-Galvis, 2010), los cuales reportaron la estructura bidimensional del test, con la misma cantidad de ítems y cargas factoriales similares, se decidió llevar a cabo únicamente el análisis factorial confirmatorio (AFC) del PANSI, con el fin de verificar, en la muestra total, la estructura factorial del instrumento en los participantes del Tolima.

Se usó el *software* JASP para el análisis psicométrico. En este se incluyeron en el AFC los dos factores reportados previamente: ideación suicida positiva (2, 6, 8, 12, 13 y 14) y negativa (1, 3, 4, 5, 7, 9, 10 y 11). Los resultados fueron analizados siguiendo los valores de referencia de Hu y Bentler (1999), según los cuales los ajustes son considerados favorables cuando el *RMSEA* (root mean squared error of approximation) obtiene un valor inferior a 0.06, el *SRMR* (standardized root mean squared residual) es menor a 0.08, y el *CFI* y el *TLI* (Comparative Fit Index y Tucker-Lewis Index) superan el 0.90.

Se encontró en el AFC que la estructura de dos factores correlacionados ($r = .56, p < .05$), una variable latente de ideación suicida positiva y otra de ideación suicida negativa, tuvo un ajuste adecuado dados los valores de ajuste de contraste con un modelo de base ($\chi^2 = 177.192, df = 67, p < .001$) y los índices de ajuste $CFI = 0.97, TLI = 0.96$, así como los valores de error de aproximación con el $RMSEA = 0.060$ (IC90 % 0.049 - 0.071) y $SRMR = 0.040$. En la tabla 12, se presentan las cargas factoriales de la estructura confirmada, y la distribución de los ítems en las dos dimensiones originales del autor.

Tabla 12. Cargas factoriales derivadas del AFC del PANSI

Factor	Ítem	Carga factorial	Error	IC95 % inf.	IC95 % sup.	STD Carga factorial
Ideación suicida negativa	1 ¿Has considerado seriamente matarte porque no pudiste cumplir con lo que otras personas esperaban de ti?	0.399	0.046	0.309	0.489	0.736

Factor	Ítem	Carga factorial	Error	IC95 % inf.	IC95 % sup.	STD Carga factorial
Ideación suicida negativa	3 ¿Pensaste en matarte porque no tenías esperanza en el futuro?	0.585	0.054	0.478	0.691	0.903
	4 ¿Te sentiste tan triste por tu relación con alguien importante, que quisiste estar muerto?	0.505	0.059	0.390	0.620	0.660
	5 ¿Pensaste en matarte porque no pudiste hacer algo que era muy importante en tu vida?	0.455	0.058	0.342	0.567	0.795
	7 ¿Pensaste en matarte porque no encontraste una solución a un problema personal?	0.499	0.045	0.411	0.588	0.752
	9 ¿Pensaste en matarte porque viste que tu vida era un fracaso?	0.577	0.063	0.452	0.701	0.830
	10 ¿Pensaste que tus problemas eran tan graves que la única opción que tenías era suicidarte?	0.617	0.056	0.506	0.727	0.870
	11 ¿Te sentiste tan solo(a) o tan triste que querías matarte para así terminar con ese sufrimiento?	0.698	0.057	0.586	0.810	0.910

Factor	Ítem	Carga factorial	Error	IC95 % inf.	IC95 % sup.	STD Carga factorial
Ideación suicida positiva	2 ¿Has sentido que tenías el control de la mayoría de las situaciones de tu vida?	0.293	0.050	0.195	0.391	0.276
	6 ¿Tuviste esperanza en el futuro porque las cosas estaban saliendo como tú querías?	0.459	0.058	0.345	0.574	0.377
	8 ¿Te sentiste alegre porque te estaba yendo bien en el colegio o en el trabajo?	0.359	0.058	0.245	0.473	0.414
	12 ¿Tuviste confianza en las capacidades que tenías para enfrentar la mayoría de problemas de tu vida?	0.688	0.043	0.604	0.772	0.621
	13 ¿Sentiste que valía la pena vivir la vida?	0.622	0.050	0.524	0.719	0.852
	14 ¿Tuviste confianza en lograr tus metas en el futuro?	0.641	0.046	0.551	0.732	0.824

Fuente: elaboración propia.

Los hallazgos reportados en el presente capítulo se ajustan a la propuesta de Osman et al. (1998) en cuanto a la medición de los factores protectores y de riesgo suicida, lo que permite recomendar su uso para la detección temprana del riesgo suicida en la población colombiana, en este caso, en las muestras del departamento del Tolima. Asimismo, estos resultados coinciden con las revisiones posteriores realizadas en el territorio nacional (v. g., Avendaño-Prieto et al., 2018, 2021), incluida la adaptación llevada a cabo por Villalobos-Galvis (2010).

El PANSI obtenido mediante el AFC en la muestra del Tolima presentó mejores indicadores de ajuste que las versiones previas. En las versiones a nivel nacional (Avendaño-Prieto et al., 2018; Villalobos-Galvis, 2010) e internacional, los métodos de estimación basados en la máxima verosimilitud han mostrado que para escalas tipo Likert con valores que indican problemas de distribución normal de los datos, suele ser necesario realizar ajustes, como incluir covarianzas residuales entre ítems o incluso eliminar algunos de ellos (Mardia y Marsall, 1984).

Por ejemplo, en la versión adaptada para Malasia del PANSI (Sinniah et al., 2015), se incluyeron covarianzas entre los ítems 3 y 4, y 10 y 11, para lograr un ajuste más favorable ($CFI = 0.963$, $RMSEA = 0.0680$). Por otro lado, en Nigeria, el PANSI obtenido no presentó modificaciones para lograr los dos factores correlacionados (Aloba et al., 2018), al igual que la versión verificada en China (Chang et al., 2009).

De esta manera, la versión del PANSI con muestra del Tolima, según estos reportes anteriores, cuenta con mejores indicadores de ajuste factorial en un modelo de dos dimensiones correlacionadas. Se espera que, en futuros estudios, se hagan los análisis psicométricos adicionales, como la verificación de la capacidad convergente del test y sus dimensiones, la fiabilidad en términos de estabilidad, entre otras.

Otro de los instrumentos empleados en el desarrollo del estudio fue el Inventario de Ideación Suicida y Desesperanza (IDIS) (Toro et al., 2016). Se trata de un test compuesto por dos escalas independientes, diseñado para evaluar por separado los constructos de ideación suicida y desesperanza, ambos considerados factores de riesgo suicida con elevada capacidad predictiva de los intentos de suicidio y la muerte por suicidio. Particularmente, se ha identificado una correlación entre la depresión, la desesperanza y la posterior aparición de la ideación suicida, un aspecto que aún requiere de mayor investigación para comprender la conexión causal y capacidad predictiva (Ribeiro et al., 2018).

El IDIS fue desarrollado con una muestra de 339 participantes colombianos de tres regiones: Cundinamarca, Antioquia, y Boyacá. Se llevaron a cabo análisis factoriales tanto exploratorios como confirmatorios de cada escala. La escala de ideación suicida del IDIS, denominada escala IS, obtuvo en el AFE cargas factoriales entre .62 y .78, con 7 ítems, además de calibraciones de Rasch con valores $INFIT$ ($M = 0.99$, $DE = 0.13$) y $OUTFIT$ ($M = 0.89$, $DE = 0.25$) favorables. En cuanto al AFC, esta escala presentó también valores adecuados para un modelo unidimensional de la ideación suicida ($\chi^2 = 25.24$, $gl = 14$, $p = 0.03$, $CFI = .98$, y $RMSEA = .049$).

En el presente capítulo se revisa la estructura factorial de la escala IS para establecer la precisión del constructo medido, con el fin de complementar las mediciones obtenidas con el PANSI. Por lo tanto, se llevó a cabo un AFC de la estructura unidimensional de la escala de ideación suicida, compuesta por los 7 ítems originales reportados en su creación. En la tabla 13, aparecen las cargas factoriales obtenidas con la muestra del Tolima; se observa que los valores estandarizados estuvieron entre 0.548 y 0.768, lo que indica una elevada capacidad de medición de los ítems que componen la escala.

Tabla 13. Cargas factoriales derivadas del AFC de la escala IS del IDIS

Escala	Ítem	Carga factorial	Error	IC95 % inf	IC95 % sup	STD Carga factorial
IS	1. Si acabo con mi vida, terminarían los sufrimientos.	0.176	0.019	0.138	0.214	0.693
	2. Es fácil para mí decidir acabar con mi vida.	0.119	0.023	0.074	0.164	0.729
	3. Quisiera enfermar gravemente para morir pronto.	0.122	0.022	0.079	0.165	0.677
	4. Si planeara quitarme la vida, evitaría que otros se enteraran de mis planes.	0.131	0.024	0.084	0.177	0.632
	5. Si proyectara quitarme la vida, sería cuidadoso con todos los detalles.	0.143	0.021	0.102	0.185	0.768
	6. Sentiré descanso si muero pronto.	0.122	0.021	0.080	0.163	0.548
	7. Sería mejor que nadie sufra porque ya decidí mi muerte.	0.119	0.022	0.075	0.162	0.691

Fuente: elaboración propia.

En cuanto a la verificación del modelo unidimensional de ideación suicida de esta escala, se empleó el método de extracción de mínimos cuadrados ponderados robustos (Weighted Least Squares, R-WLS), adecuado para el tipo de respuestas dicotómicas del test analizado, las cuales carecen de una distribución normal de los datos o presentan distribución libre (Freiberg-Hoffmann et al., 2013). Se encontró que la escala con la muestra del Tolima se ajustó de forma adecuadamente al modelo hipotético de contraste. Para ello, se revisó el valor $\chi^2 = 13.204$ ($df = 14$, $p = .511$), lo que indica un adecuado índice de bondad de ajuste con respecto al modelo de base. Entre las medidas adicionales de ajuste, se encontraron los valores $CFI = 1.00$ y $TLI = 1.003$ dentro de los rangos esperados, y un error de aproximación adecuado ($RMSEA = 0.000$, $IC90 \% 0.000 - 0.043$), aunque el valor residual estuvo por encima de lo esperable ($SRMR = 0.113$).

Estos resultados sugieren que se dispone de una medida unidimensional de la ideación suicida para su uso en la población tolimesa. No obstante, esta propuesta difiere de otras, en las que puede estar compuesta por tres dimensiones: deseo de muerte, preparación para el suicidio y deseo activo de suicidio (Steer et al., 1993). Aun así, revisiones psicométricas recientes han indicado que se trata de un constructo unidimensional basado en el deseo suicida (Baertschi et al., 2019). Es necesario continuar con la revisión de este constructo mediante nuevos análisis factoriales de diferentes medidas de ideación suicida. Entretanto, la dimensión única de este constructo parece ser la mejor opción hasta obtener nuevos datos psicométricos.

Estos dos test revisados, a modo de conclusión, constituyen nueva evidencia de su calidad psicométrica cuando se usan para la comprensión de la conducta suicida en el Tolima. Se reconoce la necesidad de mayores análisis en cuanto a indicadores de fiabilidad, validez de criterio concurrente y divergente, así como de otros análisis, como especificidad y sensibilidad, aspectos que sobrepasan los intereses del presente libro.

Los indicadores de validez de constructo obtenidos permiten asegurar que la precisión de la medida empleada para las pruebas de hipótesis presentes de la tercera parte del texto es adecuada, y que los resultados derivados de los puntajes de los instrumentos revisados sobre riesgo suicida e ideación suicida son favorables para el desarrollo de la investigación e incluso para su uso en evaluación clínica.

Medida para la evaluación de la desesperanza

El modelo teórico cognitivo conductual recomienda que, en el proceso de evaluación de una persona con riesgo suicida, se identifiquen los procesos cognitivos desadaptativos,

como los sesgos en el procesamiento de la información (perceptuales, confirmatorios, de memoria, y una excesiva focalización en claves confirmantes), así como las creencias disfuncionales (actitudes favorables hacia el suicidio, reglas de comportamiento, pensamientos automáticos y creencias nucleares autorreferentes).

La teoría de Beck (1967) y Beck et al. (1979) sobre la depresión parte de una unidad mínima estructural llamada “esquema”, una estructura que guía el procesamiento de la información de forma desadaptativa en los casos psicopatológicos, dado que se procesa de manera negativa y sesgada, además de presentar una evitación sistemática de la información desconfirmante que se manifiesta en distorsiones cognitivas. Estos esquemas contienen la información acerca de uno mismo, el mundo y el futuro.

En el caso de los pacientes suicidas, estos se perciben como sufrientes e incapaces de solventar problemas, y la información autorreferencial, como actitudes, presunciones y creencias, se acompaña de estados de ánimo depresivos, especialmente ante eventos estresores congruentes, como una pérdida afectiva que activa el esquema de soledad y lleva a considerar el suicidio como la única salida (Beck et al., 1979).

Esta triada cognitiva negativa, junto con los permanentes patrones cognitivos disfuncionales, permite explicar las causas del trastorno depresivo y la presencia de las cogniciones suicidas expresadas en desesperanza e ideación suicida. Se trata de un síntoma característico del trastorno depresivo, el cual, además de provocar la pérdida significativa de la voluntad, contiene desesperanza, pesimismo, sobreestimación de las dificultades diarias, una permanente negación de las capacidades propias y una orientación atencional hacia el fracaso (Wenzel et al., 2009; Rush y Beck, 1978).

Por lo tanto, la desesperanza es una cognición previa a la ideación suicida, que consiste en una perspectiva amplia de expectativas negativas hacia el futuro (Beck et al., 1979; Clark et al., 1999). Cuanto más elevada, mayor es la posibilidad de la aparición de la conducta suicida y el aislamiento (Henriques et al., 2003). De esta manera, la desesperanza se trata de una cognición acerca del futuro en la que los problemas son percibidos como irresolubles y sería el resultado de la activación de un esquema suicida (Wenzel et al., 2009).

Según Abramson et al. (1989), se trata de una depresión por desesperanza, en la cual la permanente expectativa de un desenlace negativo en el futuro, junto con un estilo inferencial negativo a nivel individual, puede adoptar un carácter global (generalizado), estable (permanente), personal e interno (es decir, solamente le ocurre a la persona).

La desesperanza se deriva del procesamiento erróneo de las causas de los eventos (rol mediador), que puede ser poco realista y extremo, con una constante atribución de los hechos a sus propios errores o defectos físicos, morales o psicológicos (visión negativa de sí mismo), además de percibir el mundo como altamente demandante, lleno de obstáculos insuperables y metas inalcanzables (visión negativa del mundo y del futuro) (Pössel y Thomas, 2011).

Con base en esta introducción al constructo de desesperanza en la conducta suicida, se desarrolló la escala de desesperanza (DS) del IDIS. Dicha escala está compuesta por 7 ítems con formato tipo Likert de tres opciones de respuesta (“No lo he pensado” = 1, “Ocasionalmente lo he pensado” = 2, “Lo he pensado constantemente” = 3), y se puntúa según las cogniciones de desesperanza en las últimas dos semanas.

Los autores reportaron que un nivel de riesgo suicida puede ser identificado a partir de los 9 puntos totales; sin embargo informaron que es necesario verificar este punto de corte con estudios posteriores de sensibilidad y especificidad.

En cuanto a la validez de constructo, las evidencias obtenidas del análisis factorial confirmatorio indicaron una adecuada estructura unidimensional con los 7 reactivos, una vez estos fueron calibrados con los indicadores de Rasch. Se obtuvo un valor de INFIT entre 0.77 y 1.13 ($M = 0.99$, $DE = 0.13$), y valor de OUTFIT entre 0.40 y 1.15 ($M = 0.89$, $DE = 0.25$). Los valores de ajuste del modelo comparado con el modelo hipotético fueron aceptables ($\chi^2 = 38.06$, $df = 14$, $p = 0.01$, $CMIN/DF = 2.71$), con indicadores comparativos adecuados ($GFI = .97$) y errores dentro de los rangos esperados ($RMSEA = .072$). De esta manera, la escala DS del IDIS fue recomendada por los autores para su uso en la detección del riesgo suicida a partir de las variables cognitivas de desesperanza e ideación suicida.

En la muestra de la población tolimensa, se usaron las escalas IS y DS del IDIS. En el apartado anterior, se presentaron los valores de ajuste obtenidos para la medida de ideación suicida. En cuanto a la escala DS, a continuación, se presenta la revisión de la misma para obtener evidencia de la calidad de la medida en cuanto a su constructo.

Se usó un método de mínimos cuadrados no ponderados y robustos (Robust Unweighted Least Squares [R-ULS]) para el análisis factorial confirmatorio de la escala DS. Este método se recomienda para escalas tipo Likert, especialmente cuando tienen una escala de respuesta menor a cinco opciones, lo que impide la distribución normal multivariada (Holgado-Tello et al., 2018).

Los resultados del análisis estadístico arrojaron valores adecuados de ajuste comparativo, con $CFI = 1.00$ y $TLI = 1.075$, un error de aproximación esperado ($RMSEA = 0.000$, $IC90\%$

0.00 – 0.00) y residual ($SRMR = 0.058$). En la tabla 14, se presentan los valores de las cargas factoriales directas y estandarizadas de la escala DS confirmada.

Tabla 14. Cargas factoriales derivadas del AFC de la escala DS del IDIS

Escala	Ítem	Carga factorial	Error	IC95 % inf.	IC95 % sup.	STD Carga factorial
DS	Mi vida va a mejorar.	0.371	0.031	0.311	0.431	0.725
	Soy capaz de conseguir mejores cosas a futuro.	0.289	0.032	0.227	0.352	0.617
	En el futuro, me sentiré satisfecho.	0.412	0.029	0.355	0.470	0.673
	Los problemas los superaré.	0.396	0.029	0.340	0.452	0.764
	Los sufrimientos son pasajeros.	0.358	0.031	0.298	0.418	0.601
	Voy a continuar mi vida sin más problemas.	0.452	0.031	0.391	0.513	0.635
	Tengo deseos de vivir aún con tantos problemas.	0.401	0.035	0.332	0.469	0.611

Fuente: elaboración propia.

Los datos anteriores sugieren una estructura unidimensional de la desesperanza, tal como se ha reportado en estudios similares sobre este constructo. Por ejemplo, en México se reportó evidencia de una sola medida en muestras clínicas y no clínicas de la escala de desesperanza de Beck (Hermosillo-de-la-Torre et al., 2020), donde se trata

de un constructo dirigido a medir aquellas expectativas negativas sobre sí mismo y el futuro en una sola dimensión (Sanchez-Gonzalez y Perez-Sutil, 2019). En el caso de la dimensión de desesperanza del IDIS, la evidencia en torno a un constructo enfocado a la cognición negativa hacia el futuro parece indicar que este presenta el mejor ajuste como constructo independiente de la depresión y se constituye como una variable de riesgo para la conducta suicida (Joiner et al., 2001).

En conclusión, en este apartado se presentaron algunas de las propiedades psicométricas de la escala de desesperanza de IDIS, un test diseñado para el estudio de la conducta suicida. Pese a que la desesperanza no forma parte de la conducta suicida, sí hace parte de las cogniciones asociadas a los problemas depresivos (Abramson et al., 1989; Wenzel et al., 2009). Se ha considerado, sin embargo, un factor clave en el mecanismo que desencadena la aparición de la ideación suicida, uno de los principales componentes del riesgo suicida.

Al respecto, se ha reportado evidencia de las asociaciones estrechas entre la depresión, la triada cognitiva negativa, la desesperanza y la ideación suicida en muestras colombianas, encontrando diferencias estadísticamente significativas entre grupos depresivos y no depresivos (Toro et al., 2016).

La capacidad predictiva de la desesperanza sobre la ideación suicida se ha estimado en aproximadamente 3.8 veces ($OR = 3.8$), con un porcentaje de predicción del 75 % ($AUC = 0.754$) (Baryshnikov et al., 2020). Además, en otros estudios se ha sugerido que, en pacientes con cáncer, la relación entre desesperanza e ideación suicida podría estar mediada por la desmoralización y la depresión (Liu et al., 2020), mientras que la religiosidad modera la relación depresión, desesperanza e ideación suicida (De Berardis et al., 2020).

Los hallazgos del presente apartado permiten concluir que la escala DS del IDIS presenta evidencia de validez de constructo, lo que la hace viable tanto para su uso en la investigación de la conducta suicida en el Tolima como en el ámbito clínico. No obstante, resulta necesario llevar a cabo un análisis complementario de la escala, revisando los valores de fiabilidad y otras maneras de inferencia de la validez del constructo medido.

La desesperanza, como medida de riesgo suicida, permitirá elaborar modelos teóricos más sólidos que estén alineados con los modelos teóricos de la conducta suicida. Las implicaciones clínicas de incluir la desesperanza como parte de los procesos de medición del riesgo suicida contribuyen a una comprensión más amplia de la problemática y, por lo tanto, redundan en teorías más sólidas basadas en la evidencia empírica. Particularmente, en el Tolima se requiere disponer de instrumentos psicométricos con mediciones precisas en términos de confiabilidad y validez, accesibles para los profesionales de la

salud tanto en el terreno aplicado y la consulta clínica como en la investigación, uno de los principales objetivos del estudio presentado en estos capítulos.

Medida para la evaluación de la depresión

Los trastornos emocionales, que comprenden los problemas depresivos y ansiosos, se han incrementado paulatinamente en los últimos años, al igual que su relación con la ideación suicida (de Paula et al., 2020). Esta última, como parte del espectro de la conducta suicida, debe ser entendida de manera independiente del trastorno de ansiedad y, sobre todo, del trastorno depresivo, de tal manera que su estudio permita analizarla como un fenómeno que aparece en la mayoría de trastornos depresivos, pero con características independientes del problema emocional de base (Pompili, 2019).

Estudios predictivos sobre la relación de la depresión y la conducta suicida han documentado su estrecha relación (Orsolini et al., 2020); sin embargo, muchas de las mediciones clínicas se han desarrollado como parte del espectro sintomático de la depresión, lo que sugiere la necesidad de verificar la precisión del constructo de la depresión y, por otro lado, el de la conducta suicida en sus diferentes manifestaciones. Por ello, la medición precisa de la depresión, independientemente de la conducta suicida, es clave para la comprensión del suicidio.

La medición de la depresión se hace relevante para el desarrollo de la investigación de la conducta suicida en el Tolima, dado que se considera uno de los principales predictores del intento suicida, especialmente cuando alcanza niveles de gravedad que pueden llegar hasta la psicosis (Gournellis et al., 2018). Este riesgo puede presentarse a lo largo de la vida y ser de alto riesgo incluso en niveles depresivos bajos (Rogers et al., 2018). Por lo tanto, se consideró pertinente una revisión de la estructura factorial del test de depresión utilizado para analizar el riesgo suicida en la población de referencia.

La escala de autorreporte de depresión de Zung (Self-Rating Depression Scale [SDS] Zung, 1965) es un test compuesto por 20 ítems y 4 opciones de respuesta tipo Likert (A: muy poco tiempo, muy pocas veces, raramente; B: algún tiempo, algunas veces, de vez en cuando; C: gran parte del tiempo, muchas veces, frecuentemente; D: casi siempre, siempre, casi todo el tiempo). En su versión original, Zung (1965) propuso tres grupos sintomáticos: (1) afecto generalizado (ítems 1 y 2); (2) un equivalente fisiológico, correspondiente a desajuste rítmico (ítems 3 al 7,) y otros malestares (ítems 8 al 10), y 3) un equivalente psicológico, conformado por actividad psicomotora (ítems 11, 12) e ideacional (13 al 20).

Para la calificación, se debe tener en cuenta que 10 ítems son inversos (2, 5, 6, 11, 12, 14, 16, 17, 18, y 20). El puntaje total se obtiene sumando los valores de los ítems y dividiendo el resultado entre 80 (máximo puntaje posible); de esta operación, se obtiene un índice SDS de referencia. En los grupos control se reportó un valor de .33, mientras que en las personas depresivas sin tratamiento se reportó un índice de .74. Con este valor total, se pueden calcular intervalos de gravedad sintomática, así: 25-49 corresponde a un rango normal; 50-59, a depresión media; 60-69, a depresión moderada, y 70 o más, a depresión grave.

En Colombia, la escala fue adaptada con población adolescente con una muestra de 4407 hombres y mujeres, en el que se reportaron cuatro factores: síntomas afectivos, físicos, cognoscitivos y psicológicos (Lezama, 2012). Sin embargo, los autores desaconsejaron el uso de esta escala en la población nacional debido a los resultados obtenidos en los análisis estadísticos, como un coeficiente Alfa de Cronbach de 0.54 o los reportes previos de Cogollo et al. (2006) quienes reportaron un 24.5 % de la varianza total en un análisis factorial exploratorio, ante un 43.58 % obtenido por Lezama (2012), con una versión reducida de 16 ítems. Incluso, la versión de adaptación de Campo-Arias et al. (2005) no incluyó análisis factoriales, sino que se limitó a revisar la consistencia interna y los valores de especificidad y sensibilidad del test.

Estos escasos reportes psicométricos de la SDS en el contexto nacional sugieren la necesidad de realizar análisis factorial exploratorio (AFE) del test con la muestra del Tolima. Para ello, se indagaron las dimensiones originales del instrumento propuestas por Zung (1965) y se analizaron nuevas alternativas de subescalas con el fin de obtener una versión del test que cuente con los indicadores de validez de constructo adecuados para el estudio de la conducta suicida en esta población.

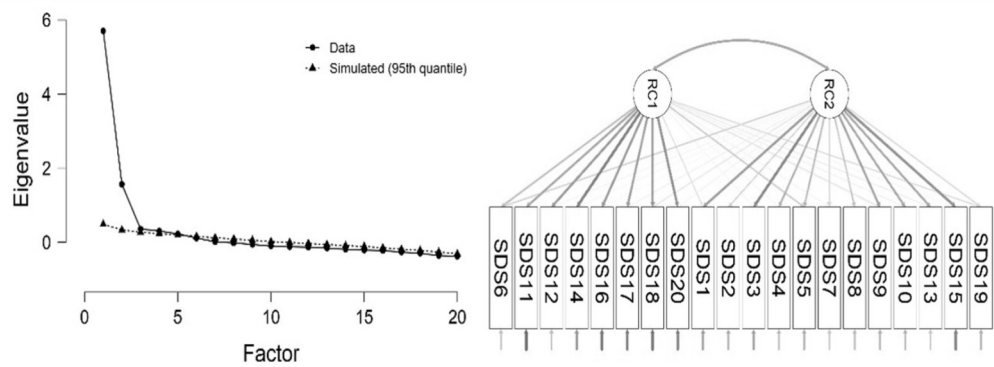
En primer lugar, se evaluó la adecuación de la muestra mediante los valores Kaiser-Meyer-Olkin (*KMO*) y la prueba de esfericidad de Bartlett, como requisitos previos para garantizar la calidad de la base de datos utilizada para llevar a cabo el posterior análisis factorial exploratorio (AFE). El valor de *KMO* fue 0.906, lo que indica que una alta proporción de la varianza observada puede ser explicada por factores subyacentes. La prueba de esfericidad de Bartlett resultó significativa ($\chi^2 = 3249.964$, $df = 190$, $p < 0.001$), lo que confirma que la matriz de correlaciones no es una matriz de identidad y que permite analizar las correlaciones entre variables viables para detectar la estructura factorial.

A continuación, se llevó a cabo el AFE usando un análisis paralelo con el fin de identificar los factores subyacentes sugeridos que se encuentren por encima del valor del azar (Lloret-Segura et al., 2014). Se acompañó de un método de estimación de parámetros mediante la extracción de máxima verosimilitud robusto (ML-R), recomendado para instrumentos

con escalas tipo Likert de cinco opciones o más, preferiblemente para escalas continuas, aunque se ha recomendado un método robusto para disminuir el error tipo I derivado de las fallas en la normalidad de los datos ordinales (Holgado-Tello et al., 2018).

A nivel gráfico, en la figura 8 se observa que el AFE sugiere la extracción de dos factores correlacionados para la escala SDS de Zung. El primero de estos factores está compuesto por los ítems 6, 11, 12, 14, 16, 17, 18, y 20, que conformarían el equivalente psicológico del test (excepto el ítem 6). El segundo factor agrupa los ítems 1, 2, 3, 4, 5, 7, 8, 9, 10, 13, 15, y 19, representando el equivalente fisiológico y afectivo (excepto los ítems 15 y 19).

Figura 8. Estructura factorial sugerida en un gráfico de sedimentación de la SDS



Nota: En el modelo se observa la estructura de dos factores de la SDS derivada del análisis paralelo (valores superiores a 1). A la derecha, el grosor de las líneas indica la correlación ítem-factor.

Fuente: elaboración propia.

En una revisión más detallada de cada ítem en cuanto a las cargas factoriales, en la tabla 15 se presentan los valores obtenidos para cada dimensión. Se utilizó un método de rotación oblimin, recomendado para identificar estructuras correlacionadas y jerárquicas entre factores no ortogonales (López-Aguado y Gutiérrez-Provecho, 2019). En este caso, los dos factores obtuvieron un $r = .584$ ($p < .01$), con un error de aproximación favorable ($RMSEA = 0.063$ IC90 % 0.055 - 0.07).

Tabla 15. Cargas factoriales obtenidas para la SDS en el AFE

Ítem		Factor 1	Factor 2	Unicidad
SDS1	Me siento triste y deprimido.	0.210	0.640	0.409
SDS2	Por las mañanas me siento mejor que por las tardes.	0.008	-0.234	0.947
SDS3	Frecuentemente tengo ganas de llorar y a veces lloro.	-0.056	0.769	0.450
SDS4	Me cuesta mucho dormir o duermo mal por la noche.	0.064	0.528	0.682
SDS5	Ahora tengo tanto apetito como antes.	0.349	-0.382	0.870
SDS6	Todavía me siento atraído por el sexo opuesto.	0.447	-0.233	0.853
SDS7	Creo que estoy adelgazando.	-0.060	0.319	0.914
SDS8	Estoy estreñado.	0.006	0.393	0.843
SDS9	Tengo palpitaciones.	-0.147	0.618	0.690
SDS10	Me canso por cualquier cosa.	0.098	0.583	0.591
SDS11	Mi cabeza está tan despejada como antes.	0.581	0.012	0.655
SDS12	Hago las cosas con la misma facilidad que antes.	0.657	0.075	0.512
SDS13	Me siento agitado e intranquilo y no puedo estar quieto.	0.125	0.580	0.574
SDS14	Tengo esperanza y confianza en el futuro.	0.804	-0.042	0.387

Ítem		Factor 1	Factor 2	Unicidad
SDS15	Me siento más irritable que habitualmente.	0.056	0.704	0.461
SDS16	Encuentro fácil tomar decisiones.	0.668	0.042	0.524
SDS17	Me creo útil y necesario para la gente.	0.643	0.102	0.508
SDS18	Encuentro agradable vivir, mi vida es plena.	0.697	0.175	0.358
SDS19	Creo que sería mejor para los demás si me muriera.	0.228	0.273	0.810
SDS20	Me gustan las mismas cosas que habitualmente me agradaban.	0.726	-0.059	0.514

Fuente: elaboración propia.

La estructura factorial encontrada en la SDS indica que el constructo medido se compone de dos dimensiones: una somática y otra psicológica. Esta combinación de factores da cuenta de una medida precisa de los síntomas depresivos y es consistente con análisis de trayectorias recientes sobre la manifestación fenotípica del trastorno depresivo (Scott et al., 2018). Esta manifestación puede variar de acuerdo con el sexo e incluso en condiciones específicas como el embarazo (Castro et al., 2017) o la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (Campo-Arias et al., 2005), lo que resalta la relevancia de esta clasificación bifactorial de los síntomas depresivos.

En la tabla 15, aparecen algunos ítems que deberán ser revisados en posteriores estudios sobre las propiedades psicométricas del SDS. Algunos de ellos son el ítem “SDS19: Creo que sería mejor para los demás si me muriera”, el cual puede estar relacionado con otro constructo como la ideación suicida, y el ítem “SDS2: Por las mañanas me siento mejor que por las tardes”, el cual puede estar asociado a síntomas anhedónicos o haber sido afectado por su condición de respuesta inversa.

Es necesario realizar estudios de sensibilidad y especificidad para profundizar en el análisis de la confiabilidad y la validez del instrumento, el cual se considera apropiado para la medición de los síntomas depresivos en la población tolimese. Asimismo, se

recomienda ahondar la calidad predictiva de la medida de síntomas depresivos obtenidos con la SDS con el fin de establecer indicadores precisos de validez de constructo.

De esta manera, con respecto a la conducta suicida la SDS, se puede establecer como mecanismo predictivo del riesgo suicida, permitiendo la aplicación de mediciones masivas de la respuesta depresiva y la generación de estrategias de prevención más precisas y con mayor efectividad. Por ejemplo, un estudio con adolescentes empleó la SDS y perfiles de riesgo familiares para establecer rutas de manejo correctivo psicológico y médico para padres e hijos (Nurkhodjaev et al., 2020). En otro estudio, la SDS con mujeres embarazadas permitió identificar que un 6.71 % presentaba ideación suicida, apego inseguro y ansiedad prenatal (Zhang et al., 2022), resultados que pueden sugerir la capacidad predictiva del test y las posibilidades investigativas que tiene en el desarrollo de un modelo predictivo de la conducta suicida en las muestras del territorio nacional.

PARTE III

FACTORES PSICOPATOLÓGICOS DEL SUICIDIO EN EL TOLIMA



CAPÍTULO 6

DEPRESIÓN Y RIESGO SUICIDA EN EL TOLIMA

CAPÍTULO 6. DEPRESIÓN Y RIESGO SUICIDA EN EL TOLIMA

La enfermedad mental se ha identificado hasta en un 90 % de los casos de muerte por suicidio a través de autopsias psicológicas. Además, más del 5 % de los pacientes internados por trastornos afectivos muere por suicidio; sin embargo, este pequeño porcentaje también indica que la mayoría de pacientes con problemas afectivos no llegan al intento suicida, aunque sí pueden estar dentro del espectro de la conducta suicida (O'Connor y Nock, 2014). La evidencia para los trastornos emocionales, entre ellos los problemas depresivos, tienen los mayores reportes de capacidad predictiva ($OR = 6.58$) según una revisión meta-analítica reciente (Soto-Sanz et al., 2019).

De esta manera, determinar las variables que tienen un valor predictivo en el riesgo suicida permitirá a los investigadores desarrollar alternativas de intervención derivadas de propuestas teóricas más sólidas, basadas en la evidencia y con la capacidad de replicación en diferentes contextos. En este capítulo, se busca establecer con rigurosidad la capacidad predictiva de la depresión sobre el riesgo suicida, lo que permitirá contar con evidencia explicativa de esta reconocida variable en el desarrollo de un modelo completo para la explicación de la conducta suicida en el Tolima.

Para llevar a cabo este objetivo, se desarrolló un procedimiento estadístico de regresión logística con la variable categórica de riesgo suicida según el punto de corte de la escala de riesgo suicida de Plutchik (1 = riesgo, 0 = sin riesgo) y la medida total de la escala de depresión SDS de Zung. La capacidad predictiva de los síntomas depresivos se calculó con el R^2 de Cox y Snell, y el R^2 de Nagelkerke, ambos estadísticos recomendados por su capacidad informativa de la varianza explicada, con un valor exacto entre 0 y 1 en el caso del R^2 Nagelkerke, donde 1 representa el valor máximo de predicción; a diferencia del R^2 de Cox y Snell, que no lo alcanza el rango completo (Alderete, 2006).

En la tabla 16, se presentan los valores de varianza explicada de la depresión en el riesgo suicida. Los valores de R^2 oscilaron entre 0.302 y 0.489. Adicionalmente, el área bajo la curva obtenida fue de 0.890, con una sensibilidad de 0.471 y una especificidad de 0.954. Estos valores sugieren que la variable independiente (depresión) tiene una alta capacidad predictiva del riesgo suicida, pese a que la sensibilidad no está elevada.

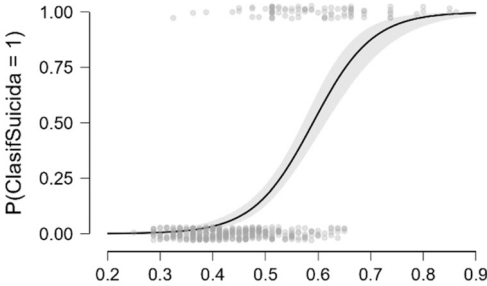
Tabla 16. Regresión logística para el riesgo suicida a partir de la variable depresión

Variable	Modelo	Desviación	AIC	BIC	df	χ^2	P	R ² Coxy Snell	R ² Nage-lkerke	B	Sd Error	Sd β
(Intercept.)	H ₀	439.464	441.464	445.591	457					-10.451	1.016	-2.286
Depresión	H ₁	275.052	279.052	287.306	456	164.412	< .001	0.302	0.489	17.706	1.886	1.935

Fuente: elaboración propia.

La distribución binomial del riesgo suicida con respecto a los síntomas depresivos se observa en la figura 9, donde los valores de riesgo suicida no se ajustan perfectamente en el caso de riesgo positivo; sin embargo, los valores χ^2 indican una significancia estadística en el contraste, lo que lo hace viable para asumir capacidad discriminativa del modelo explicativo. En otras palabras, los datos permiten inferir que la medida de síntomas depresivos, aunque no tiene el ajuste esperado a nivel gráfico, muestra los valores de varianza explicada y una prueba de contraste que respaldan su aceptación como evidencia de la capacidad explicativa de la depresión en el riesgo suicida.

Figura 9. Distribución binomial del riesgo suicida con respecto a los síntomas depresivos



Nota: Contraste entre riesgo/no riesgo ante los síntomas depresivos. En la gráfica se observa la distribución hacia la derecha (alta depresión) en los casos de riesgo suicida.

Fuente: elaboración propia.

Los anteriores resultados permiten afirmar que se obtuvo evidencia de la predicción de la depresión sobre el riesgo suicida en la muestra del Tolima. Estos hallazgos, por lo tanto, son coherentes con los reportes de la PAHO/WHO (2014) sobre el trastorno depresivo como un factor de riesgo clave para la prevención de la muerte por suicidio.

Asimismo, confirman los hallazgos sobre patrones de psicopatología internalizante como predictores longitudinales de la conducta suicida (Soto-Sanz et al., 2019).

Un modelo de riesgo suicida, por ende, debe incorporar indicadores de sintomatología depresiva, dada su capacidad explicativa y valor heurístico. Investigaciones al respecto sugieren que se trata de manifestaciones clínicas de fallas en los estilos de afrontamiento, donde la conducta suicida puede estar vinculada con factores de riesgo depresivo como la autoinculpación, la desvinculación conductual y las fallas en el soporte emocional. En especial, parecería tratarse de afrontamientos focalizados en la emoción (autoinculpación) y afrontamiento evitativo (desvinculación conductual) (Horwitz et al., 2011).

Adicionalmente, estos factores pueden estar ligados a esquemas desadaptativos tempranos como privación emocional, abuso, aislamiento social, defectuosidad, fracaso, subyugación, inhibición emocional, bajo autocontrol o autodisciplina, así como hipervigilancia (Davoodi et al., 2018). Además, se destaca la importancia de los factores estresores y la calidad de los factores protectores en la aparición de los síntomas depresivos y la posterior aparición de la ideación suicida. Entre estos factores, la moderación que brindan ha sido demostrada en pacientes con enfermedad crónica o depresión resistente, así como en el sexo femenino, que muestra una resistencia más elevada ante la adversidad (Breton et al., 2015).

Estos reportes sugieren que un modelo de riesgo suicida en el Tolima debería incluir factores que involucren variables explicativas derivadas de procesos cognitivos que podrían estar alterados en casos de alto riesgo suicida (O'Connor, 2014). Se han mencionado algunos, como la rigidez cognitiva, donde el procesamiento de la información es rígido e inflexible, a diferencia de los sujetos control (Aguilera et al., 2019). En el caso de los depresivos con riesgo suicida, esto afectaría directamente la capacidad de toma de decisiones (O'Connor, 2014).

Otra variable es la rumiación, entendida como una cognición repetitiva focalizada en los propios síntomas de malestar. Esta variable ha permitido desarrollar modelos explicativos para los trastornos depresivos y la conducta suicida. Se ha reportado que la rumiación específica con respecto a cometer suicidio se asocia directamente con el intento suicida, por encima de la ideación suicida, desvinculación percibida, la agitación, el insomnio, las pesadillas y otras características sociodemográficas (Rogers et al., 2021). De esta manera, la rumiación específica se considera un factor clave y proximal para la predicción del intento suicida, aunque son necesarias más evidencias explicativas del mecanismo subyacente de esta importante variable (O'Connor, 2014; Rogers et al., 2021).

Otras variables de alto interés para explicar esta asociación depresión-riesgo suicida han sido los sesgos en la memoria autobiográfica, donde las personas suelen tener un decremento en la habilidad para evocar recuerdos autobiográficos específicos, los cuales son claves para la proyección futura dirigida a la solución efectiva de problemas (O'Connor, 2014). La evidencia al respecto sugiere que las personas con este tipo de sesgos tienen un peor nivel de ideación suicida y están vinculadas a problemas depresivos o postraumáticos (Jiang et al., 2020).

Adicionalmente, la supresión del pensamiento, como otra variable clave, es necesaria para continuar con estos estudios de la conducta suicida. Se define como un intento esforzado por detener los pensamientos no deseados, lo que paradójicamente los aumenta y se convierte en un mecanismo activador de la psicopatología (Wegner et al., 1987). En reportes recientes, se ha concluido que la rumiación influye en el incremento de la supresión del pensamiento en pacientes depresivos, funcionando como una estrategia de evitación cognitiva, especialmente en pacientes con comorbilidad entre estrés postraumático y depresión (Rosebrock et al., 2019). Por lo tanto, se puede afirmar que un incremento en las estrategias evitativas, como la supresión del pensamiento, se asocia a un aumento del riesgo suicida (Ong y Thompson, 2019).

Los hallazgos del presente capítulo, en conclusión, permitirán desarrollar a futuro un modelo explicativo a partir de los mecanismos explicativos del trastorno depresivo y la consecuente conducta suicida, teniendo en cuenta que son necesarias otras variables que podrían incrementar la precisión del modelo. Un ejemplo de ello es la rumiación y la rigidez cognitiva, sumado a los sesgos de memoria autobiográfica y la evitación mediante supresión del pensamiento. Este conjunto de variables permitirá incorporar los avances recientes en cuanto al papel de la depresión en la explicación de la conducta suicida en Toluca. Asimismo, es necesario continuar con el análisis de cada factor que se irá constituyendo en una línea de trabajo a nivel clínico en la región.

CAPÍTULO 7

DESESPERANZA, IDEACIÓN SUICIDA Y RIESGO SUICIDA EN EL TOLIMA

CAPÍTULO 7. DESESPERANZA, IDEACIÓN SUICIDA Y RIESGO SUICIDA EN EL TOLIMA

La desesperanza, como cognición de riesgo psicopatológico, ha sido documentada desde hace varias décadas en la investigación clínica. Se trata de un factor de riesgo asociado a los trastornos afectivos unipolares y bipolares (Acosta et al., 2012; Touriño et al., 2018). Se define como un pensamiento permanente en el que los esfuerzos que se realizan no resultan suficientes para lograr lo deseado. En otras palabras, es una incapacidad de movilizar la energía corporal y motivacional mediante esfuerzos, y se considera que ningún esfuerzo dirigido producirá algún cambio constructivo (Shaw, 2020; Shea y Hurley, 1964).

De esta manera, la falta de expectativas positivas futuras se ha considerado un predictor estadísticamente significativo de la conducta suicida, en especial de los intentos suicidas, lo cual se acentúa en personas con diagnósticos depresivos, ya que estos parecen agravarse en la misma medida (Horwitz et al., 2017). La relación entre depresión, desesperanza y capacidad suicida puede ser un foco de interés a nivel psicoterapéutico y un elemento clave para las propuestas de prevención del suicidio en la población (Cuijpers et al., 2013). Se ha concluido, entonces, que la desesperanza es una condición previa para la manifestación de la conducta suicida. Por ejemplo, en el estudio de Baryshnikov et al. (2020), la desesperanza predijo significativamente la ideación suicida ($OR = 2.8$), con una adecuada precisión diagnóstica (*area under the receiver-operating characteristics curve* [AUC] = 0.754). Estos datos resaltan la importancia de analizar la desesperanza comparando las personas con y sin riesgo suicida.

A su vez, la ideación suicida antecede al intento suicida, fenómeno que ha sido demostrado en modelos explicativos con pacientes psiquiátricos en los que hay una transición más clara entre la ideación hacia el intento, a diferencia de los sujetos control (Gvion et al., 2015). Por lo tanto, es relevante analizar la conexión entre los niveles de riesgo suicida desde la ideación suicida. Aunque algunos reportes no han sido consistentes en las variaciones entre desesperanza y los demás indicadores, sí lo han sido con la ideación suicida (Schneider et al., 2020). Al respecto, aportes de la teoría interpersonal del suicidio han demostrado la interrelación entre desesperanza, ideación suicida y los síntomas depresivos, así como con trastornos de personalidad límite, dada su característica disregulatoria de las emociones (Schafer et al., 2020).

En el presente capítulo, se buscó analizar la capacidad predictiva de la desesperanza y la ideación suicida sobre el riesgo suicida, con el objetivo de obtener evidencia adicional para la conformación de un modelo explicativo de la conducta suicida en el Tolima. Como procedimiento, se llevó a cabo una regresión logística por pasos sucesivos con la variable de riesgo suicida convertida en categórica a partir del punto de corte de la escala de riesgo suicida de Plutchik (1 = riesgo, 0 = sin riesgo), y la medida total de las escalas de ideación suicida positiva y negativa del PANSI, así como la escala IS del IDIS.

La capacidad predictiva de las variables cognitivas se calculó con el R^2 de Cox y Snell y el R^2 de Nagelkerke, dos estadísticos recomendados por su capacidad informativa de la varianza explicada en cada caso, con un valor exacto entre 0 y 1 en el R^2 Nagelkerke, y un valor menor en el R^2 de Cox y Snell (Alderete, 2006). Los valores obtenidos aparecen en la tabla 17, donde se presentan los modelos puestos a prueba y las varianzas explicadas. En el modelo número cuatro, se observan las variables de ideación suicida positiva, negativa y la escala IS del IDIS como predictores estadísticamente significativos del riesgo suicida, con un valor de R^2 Cox y Snell = 0.637 y R^2 Nagelkerke = 0.393, y un valor de $Sd \beta$ = 1.906 para la ideación suicida negativa, el cual es un valor elevado con respecto a las demás variables incluidas en el modelo. Además, se destaca que la variable desesperanza no tuvo la suficiente varianza explicada para ser incluida en el modelo de riesgo suicida.

Tabla 17. Regresión logística para el riesgo suicida a partir de ideación suicida y desesperanza

Modelo	Desviación	AIC	BIC	df	ΔX^2	p	R^2 Cox y Snell	R^2 Nagelkerke	B	Sd Error	Sd β
1. Intercepto	439464	441.464	445.591	457					-1.479	0.120	-1.479
2. Intercepto	234983	238.983	247.237	456	204.481	<.001	0.584	0.360	-2.961	0.232	-1.881
IS negativa									0.459	0.048	2.336
3. Intercepto	219131	225.131	237.511	455	15.852	<.001	0.619	0.382	-3.962	0.383	-2.044

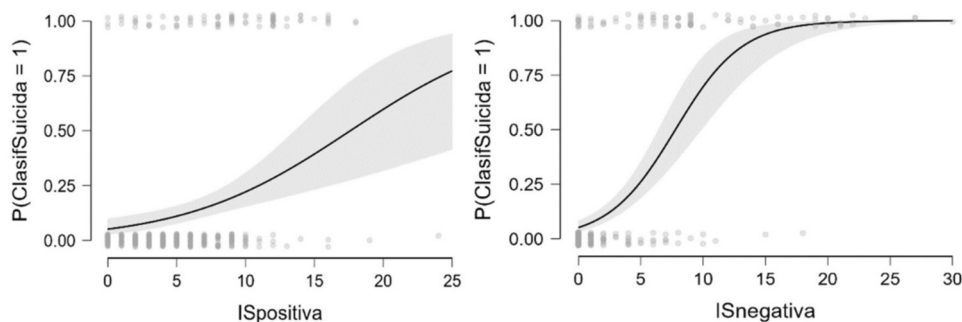
Modelo	Desviación	AIC	BIC	df	ΔX^2	p	R ² Cox y Snell	R ² Nagelkerke	B	Sd Error	Sd β
IS negativa									0.420	0.049	2.135
IS positiva									0.175	0.043	0.686
4. Intercepto	210739	218.739	235.246	454	8.392	0.004	0.637	0.393	-8.064	1.600	-2.030
IS negativa									0.375	0.051	1.906
IS positiva									0.165	0.043	0.650
IS IDIS									0.580	0.218	0.625

Fuente: elaboración propia.

Adicionalmente, se encontraron valores predictivos de riesgo favorables para las tres variables del modelo explicativo obtenido. La principal variable, es decir, aquella que presentó la mayor explicación del riesgo, fue la medida IS del IDIS ($OR = 1.787$, $IC_{95\%} 0.153 - 1.008$), seguida de la ideación suicida negativa del PANSI ($OR = 1.454$, $IC_{95\%} 0.274 - 0.475$), y luego la ideación suicida positiva del mismo instrumento ($OR = 1.180$, $IC_{95\%} 0.081 - 0.250$). Estos valores, por lo tanto, destacan la capacidad de la ideación suicida directa como un conjunto de predictores clave del riesgo suicida en la muestra tolimense.

Posteriormente, en un análisis gráfico de la distribución binomial del riesgo suicida con cada una de las variables que componen el modelo obtenido en la regresión logística, las figura 10 y 11 sugieren distribuciones anómalas en cuanto a la detección del riesgo suicida. En especial destaca la ideación suicida del IDIS, en la que se observa una varianza elevada en la distribución de los valores positivos y negativos, lo que sugiere que son valores cuyas inferencias deben ser tomadas con precaución.

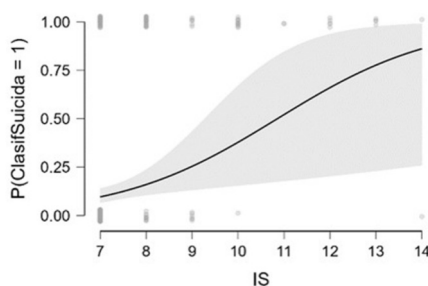
Figura 10. Distribución binomial del riesgo suicida con respecto a la ideación suicida positiva-negativa



Nota: Contraste entre riesgo/no riesgo ante la ideación suicida positiva y negativa. En la gráfica se observa la distribución escasa de datos de riesgo ante alta ideación positiva y negativa en los casos de riesgo suicida.

Fuente: elaboración propia.

Figura 11. Distribución binomial del riesgo suicida con respecto a la ideación suicida del IDIS



Nota: Contraste entre riesgo/no riesgo ante la ideación suicida del IDIS. En la gráfica se observa la distribución escasa de datos de riesgo ante alta ideación suicida en los casos de riesgo suicida.

Fuente: elaboración propia.

Los anteriores resultados permiten afirmar que la ideación suicida es un predictor relevante del riesgo suicida, mientras que la desesperanza no resultó estadísticamente significativa. Estos hallazgos representan una variación con respecto a los reportes previos sobre la desesperanza. Se ha obtenido evidencia empírica en casos de pacientes con historial de autolesiones no suicidas, que han tenido correlaciones con síntomas depresivos, desesperanza, personalidad limítrofe e incluso con antecedentes de intento suicida. Estos pacientes reportaron niveles más elevados de ideación suicida (Andover y Gibb, 2010).

Reportes como este dan cuenta de las elevadas intercorrelaciones entre las variables del riesgo, algo que cuestiona el papel de la desesperanza en el presente estudio.

Se ha reportado que la desesperanza puede constituirse como un factor de segundo orden entre variables que sirven para analizar el riesgo suicida. Es posible que se trate de una variable con polaridad positiva-negativa que termina mediando las relaciones entre otras variables de riesgo más directamente asociadas, como la ideación suicida, e incluso podría estar relacionada con otras variables no tenidas en cuenta en este estudio, como la resiliencia o la capacidad adquirida (Huen et al., 2015). En otros reportes, se ha sugerido que la relación entre depresión e ideación suicida estaría medida por la desesperanza, dependiendo a su vez del grado de impulsividad y gravedad depresiva. Estos hallazgos indican que el mecanismo de relación entre depresión y riesgo suicida podría estar moderado por diferentes variables que darían cuenta de aquellos casos en los que hay intentos suicidas incluso con niveles bajos de depresión (Wang et al., 2015).

Por lo tanto, la falta de evidencias sobre riesgo suicida a partir de la desesperanza encontrada en el presente capítulo puede obedecer a un mecanismo que entra en funcionamiento en etapas tempranas de la conducta suicida, o bien a que los indicadores de riesgo suicida usados para determinar la capacidad predictiva no resultaron adecuados. Al respecto, en un estudio de moderación con muestras clínicas y no clínicas, se demostró que la desesperanza tenía un rol moderador en los primeros componentes de la teoría interpersonal del suicidio (Joiner, 2005), según la cual la ausencia de reciprocidad y el aislamiento, como factores proximales de vulnerabilidad, afectan la pertenencia frustrada y la percepción de concebirse como una carga, elementos cuya interacción estaría moderada por el nivel de desesperanza (Hagan et al., 2015). Sin embargo, se reconoce la necesidad de mayor investigación sobre el papel de esta variable en el riesgo suicida del Tolima.

En contraste, con respecto a la ideación suicida, los datos son consistentes con los reportes previos, los cuales indican que tanto los factores de riesgo como la escasez de factores protectores, como es el caso de las medidas de ideación positiva y negativa, han sido analizados en estudios que abordan el afrontamiento positivo o las cogniciones como las razones para vivir, así como las dificultades en la solución de problemas y las ideas suicidas negativas como afrontamiento disfuncional (Marty et al., 2010). Asimismo, se ha estudiado el apoyo social recibido y percibido, factores que pueden aumentar o disminuir el riesgo suicida (Hirsch y Barton, 2011).

Se puede afirmar que las mediciones de ideación suicida, tanto positivas como negativas, en la muestra tolimese, dan cuenta de la interacción de factores positivos y negativos que interactúan en un modelo de riesgo suicida pertinente para la compren-

sión de la conducta suicida. En particular, en la búsqueda de componentes con una capacidad explicativa respaldada por soporte empírico. En una publicación reciente sobre salud mental y riesgo suicida, se hace hincapié en la interacción entre ideación suicida pasiva, ideación suicida seria e intento suicida (Orri et al., 2020). En este orden de ideas, los hallazgos del presente capítulo aportan nueva evidencia del papel causal y de incremento en el riesgo, tanto de la ideación suicida positiva como negativa en la predicción del riesgo suicida. Estos datos permitirán analizar con mayor detalle los mecanismos causales de los intentos suicidas en estudios a futuro.

CAPÍTULO 8

MODELO PREDICTIVO DEL RIESGO SUICIDA

CAPÍTULO 8. MODELO PREDICTIVO DEL RIESGO SUICIDA

El desarrollo de un modelo de riesgo suicida basado en la vulnerabilidad de la conducta suicida ha sido un reto constante para los investigadores en psicopatología. Se han generado diferentes propuestas, muchas de ellas teniendo en cuenta las interacciones de factores prominentes de riesgo, tanto proximales como distales. El resultado ha sido el reconocimiento de la complejidad del fenómeno y la necesidad de una permanente investigación en el campo. Se han destacado, por ejemplo, modelos en los que los ambientes disfuncionales durante el embarazo, infancia y adolescencia inducen a cambios en el neurodesarrollo que incrementan la vulnerabilidad ante estresores específicos (Lopez-Castroman et al., 2014).

Otro modelo basado en la teoría de diátesis-estrés resalta la importancia de la enfermedad psiquiátrica como diátesis, que se refleja como ideación suicida e impulsividad, aunque cuenta con factores previos como diagnóstico de trastorno de personalidad límite, tabaquismo, abuso de sustancias, alcoholismo, historial familiar de suicidio, autolesiones y abuso infantil (Mann et al., 1999).

Recientemente, se ha enfocado la atención en la inclusión de variables que se destacan entre los diferentes factores puestos a prueba, como la defectuosidad, el entrapamiento y la desconexión, como factores que incluso tienen mayor capacidad predictiva que la ideación suicida (De Beurs et al., 2019); sin embargo, son posturas que requieren aún mayor investigación a nivel metodológico y clínico, sobre todo en cuanto a los efectos indirectos de diferentes variables.

En los capítulos previos, se ha demostrado la capacidad predictiva de diferentes variables en el riesgo suicida, entre ellas, la depresión y la ideación suicida, las cuales han tenido valores relevantes y estadísticamente significativos. Estos hallazgos evidencian la posibilidad de una interacción entre diferentes factores a nivel psicopatológico que podrían contribuir a la conformación de un modelo explicativo de la conducta suicida en el Tolima. En otras palabras, se puede consolidar un sistema de hipótesis correlacionales que, en conjunto, permitan analizar el riesgo suicida de forma multivariada.

Para ello, se llevó a cabo un análisis correlacional, en el que, mediante correlaciones de Pearson, se verificaron las asociaciones entre las variables de riesgo revisadas previamente. Es decir, se analizaron las variables totales de los instrumentos psicométricos

y las subescalas para mayor detalle. En la tabla 18 se presentan los resultados de este análisis estadístico inicial. Se pueden observar que los valores más elevados con el riesgo suicida (columna 1) se encuentran en la ideación suicida negativa del PANSI ($r = .71, p < .001$), el PANSI total ($r = .69, p < .001$) y la del IDIS ($r = .58, p < .001$). Asimismo, se identificó el factor psicológico de la depresión ($r = .65, p < .001$) y el valor total ($r = .67, p < .001$). Se destaca que el valor más bajo fue el de la desesperanza ($r = .13, p < .001$), aunque estuvo relativamente elevado en comparación con la medida de depresión total ($r = .28, p < .001$).

Tabla 18. Correlaciones de Pearson entre las variables de riesgo suicida

Variable	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1. Riesgo suicida	—									
2. IS positiva	.42***	—								
3. IS negativa	.71***	.40***	—							
4. PANSI	.69***	.81***	.85***	—						
5. DS	.13***	.31***	.14***	.27***	—					
6. IS	.58***	.30***	.68***	.60***	.14**	—				
7. IDIS	.31***	.38***	.35***	.44***	.94***	.46***	—			
8. Fisiol. Dep.	.53***	.32***	.39***	.43***	.18***	.36***	.28***	—		
9. Psicol. Dep	.65***	.63***	.51***	.68***	.27***	.49***	.41***	.59***	—	
10. SDS Zung	.67***	.57***	.52***	.65***	.28***	.49***	.41***	.82***	.93***	—

Nota: IS (ideación suicida), PANSI (inventario de ideación suicida positiva y negativa), DS (desesperanza), IDIS (inventario de desesperanza e ideación suicida), Fisiol. Dep. (factor fisiológico de la depresión), Psicol. Dep. (factor psicológico de la depresión), SDS Zung (escala de autorreporte de síntomas de la depresión de Zung). ** $p < .01$; *** $p < .001$.

Fuente: elaboración propia.

Estos datos aportan dos conclusiones relevantes: la primera es que un modelo de la conducta suicida en el Tolima es viable al contener las variables presentadas en la tabla 18, dado que fueron significativas y dan cuenta del nivel de asociación elevado entre ellas; la segunda es que, aunque las correlaciones fueron elevadas, no lograron superar el valor $r = .90$, lo que habría representado un problema dada la posible multicolinealidad entre las variables, algo que no se recomienda para análisis multivariados basados en correlaciones y regresiones lineales (Guerrero y Melo, 2017).

A partir de estos supuestos, se generó un modelo hipotético para verificar las siguientes hipótesis: (a) la depresión predice la ideación suicida; (b) la ideación suicida predice el riesgo suicida, y, aunque no se había obtenido evidencia en los análisis previos, se decidió poner la prueba una adicional sobre (c) la desesperanza predice el riesgo suicida. Las variables en conjunto fueron revisadas en términos de la varianza explicada del modelo y los senderos estadísticamente significativos, obtenidos mediante indicadores de ajuste con ecuaciones estructurales.

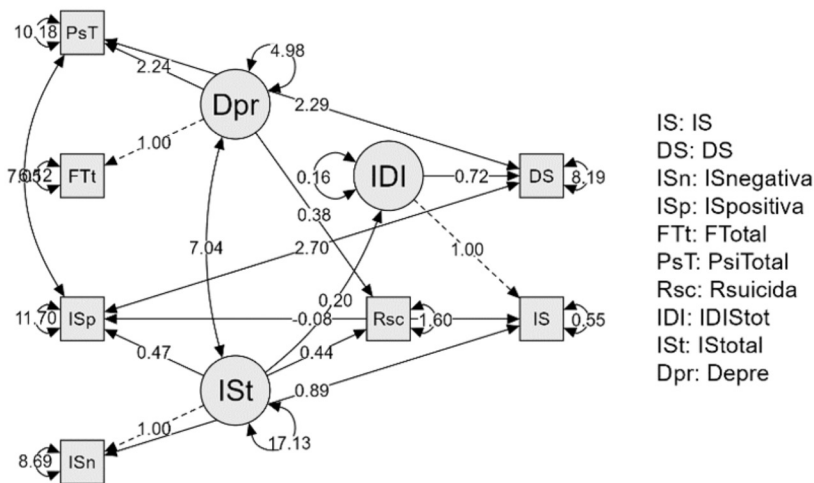
Según Byrne (2016), se trata de un modelado *SEM* (Structural Equation Modeling), cuyo objetivo es confirmar un modelo teórico visible representado en diagramas de regresión (senderos o *path's*), usando indicadores de bondad de ajuste como el índice de ajuste comparativo (*CFI*), índice de ajuste global (*GFI*) y el índice Tucker-Lewis (*TLI*), con valores esperados superiores a 0.95 (Hu y Bentler, 1999). Además, los márgenes de error se miden mediante los estadísticos *RMSEA* (Root Mean Square Error of Approximation) y el *SRMR* (Standardized Root Mean-Square), considerando valores inferiores a 0.08 como indicativos para determinar un ajuste favorable del modelo puesto a prueba.

En la figura 12, se presenta el modelo con los ajustes favorables obtenidos. Se utilizó un método de máxima verosimilitud robusto (R-ML), recomendado para modelos compuestos por variables continuas cuyos valores no necesariamente se ajustan a una distribución normal (Li, 2016). El modelo obtuvo un valor significativo en la prueba comparativa inicial ($\chi^2 = 11.733$, $df = 5$, $p = 0.039$); sin embargo, dado que el tamaño muestral influye en este valor, la aprobación del modelo se basa en los demás indicadores de ajuste previamente descritos ($CFI = 0.995$, $TLI = 0.980$, $GFI = 0.993$, $RMSEA = 0.054$ IC90 % 0.012 - 0.095, $SRMR = 0.024$).

Como predictores del riesgo suicida, se obtuvo un 44.3 % de la varianza total para la ideación suicida y un 37.5 % para la depresión, ambas como variables latentes clave en el modelo confirmado. Los valores R^2 obtenidos para cada variable explicativa mostraron ligeras discrepancias. Por ejemplo, el valor más bajo correspondió a la desesperanza ($R^2 = 0.037$), seguido por la ideación suicida positiva ($R^2 = 0.242$). En cambio, para la depresión, los valores fueron elevados en ambas dimensiones: fisiológica ($R^2 = 0.449$)

y psicológica ($R^2 = 0.711$). Las medidas de ideación suicida fueron las que presentaron mayores niveles predictivos (IS del IDIS con $R^2 = 0.524$, e IS negativa $R^2 = 0.663$).

Figura 12. Modelo de riesgo suicida con valores estandarizados para el Tolima



Nota: Diagrama de senderos obtenido a partir de la revisión de las hipótesis de riesgo suicida en el Tolima ($R^2 = 0.80$).

Fuente: elaboración propia.

Los anteriores resultados confirmar un modelo de riesgo suicida para el Tolima. Se puede afirmar que la ideación suicida es el principal predictor, junto con los síntomas depresivos, ambas variables cuentan con una reconocida trayectoria investigativa, lo que permite inferir que los reportes previos sobre la conducta suicida son referentes empíricos para la explicación del fenómeno en la población de referencia.

Estos datos corroboran reportes recientes sobre la interacción entre variables de riesgo suicida. Por ejemplo, en un estudio transcultural realizado por Toro et al. (2021), se puso a prueba un modelo que obtuvo un 67 % de la varianza explicada en dos países latinoamericanos (México y Colombia). En este estudio, se verificaron dos hipótesis predictivas: (a) la depresión se asociaba a la desesperanza y la ideación suicida de manera similar en ambos países, y (b) la ideación suicida predecía el riesgo suicida y estaba asociada a la depresión y la desesperanza. Estas hipótesis se ajustan al presente estudio, y los valores correlacionales y predictivos estuvieron acordes al modelo verificado en la muestra del Tolima.

Según los datos obtenidos, el modelo permite aseverar que es viable para la explicación del fenómeno suicida en la región del Tolima, en Colombia; sin embargo, es necesario

analizar algunos de los puntos a saber del modelo revisado. En primer lugar, se destaca la escasa varianza explicativa de la desesperanza, lo que sugiere que esta variable, a pesar de estar documentada en estudios previos sobre el riesgo suicida, requiere de nuevos análisis en torno a su rol mediador, su composición de segundo orden o incluso sus correlaciones con los factores protectores no tenidos en cuenta en el presente estudio (Huen et al., 2015).

Reportes recientes sobre el papel del optimismo y la gratitud (valores inversos de la desesperanza) indican que pueden tener un papel clave en la protección contra el riesgo suicida como recurso personal (Sánchez-Álvarez et al., 2020). A su vez, en cuanto a su inclusión como factor de riesgo, se ha sugerido que es una variable que se puede manifestar en desconexión social, pertenencia frustrada y la percepción de ser una carga para los demás (Chu et al., 2017). No obstante, parece ser que la desesperanza en términos interpersonales es la que ha recibido mayor evidencia empírica (Tucker et al., 2018), un aspecto a tener en cuenta en futuros estudios en los que se ponga a prueba el modelo confirmado.

Otro de los componentes clave en el modelo de riesgo suicida obtenido fue la depresión, una variable fundamental en las explicaciones teóricas de la conducta suicida. Se han reportado estrechas asociaciones entre la depresión y la conducta suicida; sin embargo, estas asociaciones pueden estar ligadas a otros factores que intervienen en esta asociación, como formas de afrontamiento cognitivo (por ejemplo, la autoinculpación y la evitación), así como las dificultades para resolver problemas de manera efectiva (Horwitz et al., 2011).

La depresión forma parte de aquellos factores relacionados con la enfermedad mental, que también incluyen los trastornos bipolares, la esquizofrenia y otros trastornos como el trastorno límite de la personalidad. Sin embargo, el trastorno depresivo es, a menudo, el que presenta mayor asociación con la conducta suicida; alrededor de la mitad de las muertes por suicidio tienen un diagnóstico previo de un trastorno del estado del ánimo (Turecki y Brent, 2016). Estos reportes indican que la enfermedad mental, pese a ser un factor clave en la explicación del riesgo suicida, no es suficiente para la explicación del fenómeno completo, por lo que se ha sugerido que la presencia de un trastorno depresivo afecta el control consciente, la impulsividad, las respuestas agresivas y los mismos procesos de pensamiento que pueden estar alterados en las manifestaciones de la conducta suicida (Isometsä, 2014).

Según lo anterior, adicional al modelo expuesto, la ideación suicida se asocia estrechamente con la aparición de la depresión. Se ha sugerido, incluso, que la ideación suicida podría ser medida mediante un factor adicional en las escalas psicométricas de la depresión

como manifestación sintomática; sin embargo, es necesario verificar esta aseveración (Desseilles et al., 2012). Aunque la depresión y la ideación suicida, por separado, son predictores significativos de los intentos suicidas, la interacción entre estas dos variables también se considera como un predictor relevante de futuros intentos, incluso en niveles bajos de depresión (Rogers et al., 2018). Es relevante destacar que el factor con mayor capacidad explicativa fue la ideación suicida, por lo que se requieren futuros estudios sobre las posibles variaciones que pueda tener en niveles depresivos altos y bajos, así como historiales de intentos suicidas previos.

El modelo de riesgo suicida presentado en el capítulo actual permite analizar en conjunto las variables psicopatológicas con mayor evidencia empírica para predecir la conducta suicida en el Tolima. Las correlaciones estadísticamente significativas obtenidas dan cuenta de la varianza explicada de la depresión y la ideación suicida en un modelo de riesgo suicida. Esto facilitaría el trabajo de los profesionales de la salud mental en cuanto a los esfuerzos por comprender la manifestación clínica de la problemática y las posibles estrategias de intervención (Toro et al., 2018), basadas no solamente en la reducción de los factores de riesgo inminente, sino también en procedimientos psicoterapéuticos basados en la evidencia, dirigidos a la reducción de los síntomas depresivos y la ideación suicida, ya sea poco o altamente estructurada (Toro, 2013).

Se ha documentado en revisiones sistemáticas sobre la intervención de la depresión, que un tratamiento dirigido de manera directa para la conducta suicida presenta la mayor eficacia (Torok et al., 2019). No obstante, la evidencia aún no es consistente, dado que, a nivel metodológico, hay diferencias entre los estudios que reportan diferencias significativas entre síntomas depresivos, o ideación suicida o riesgo, lo que deberá ser tenido en cuenta para futuras investigaciones (Kawashima et al., 2019). Al parecer, un programa efectivo de intervención debe contener etapas tempranas de detección de síntomas depresivos e ideas suicidas, preferiblemente involucrando a todos los participantes de la comunidad, pues esto es algo que ha demostrado efectividad y resultados prometedores (v. g., Gijzen et al., 2018).

Estudios como los expuestos generan nuevas líneas de investigación en cuanto a la capacidad explicativa del modelo de la conducta suicida y las posibilidades empíricas que pueden llegar a tener en la prevención de las muertes por suicidio en el departamento. Se debería analizar con mayor detalle en futuros estudios la efectividad de los procedimientos basados en la detección de las cogniciones depresivas (incluida la desesperanza), los factores de riesgo sociodemográficos, la ideación suicida y el desarrollo de conductas específicas, como el plan suicida e incluso el intento suicida, dentro de un modelo mucho más complejo que contemple las variables que demostraron mayor capacidad explicativa en el presente capítulo.

CAPÍTULO 9

INTERVENCIONES PARA FACTORES DE RIESGOS PROXIMALES

CAPÍTULO 9. INTERVENCIONES PARA FACTORES DE RIESGOS PROXIMALES

El abordaje del suicidio como problema de salud pública exige comprender los múltiples factores que lo configuran, entre ellos, aquellos que actúan de manera inmediata o cercana al acto suicida, conocidos como factores de riesgo proximales. Estos factores no solo incrementan la probabilidad de la ideación y el intento suicida, sino que también representan puntos clave para la intervención oportuna. A diferencia de los factores distales, los factores proximales suelen manifestarse en el corto plazo y están relacionados con estados emocionales intensos, crisis vitales, trastornos mentales agudos y contextos de alta vulnerabilidad.

Este capítulo se enfoca en identificar dichos factores desde una perspectiva psicosocial y clínica, y en presentar intervenciones basadas en evidencia que han mostrado efectividad para reducir el riesgo inminente de suicidio, particularmente en poblaciones jóvenes. Asimismo, se consideran herramientas de evaluación y técnicas terapéuticas recomendadas en la literatura reciente, en un esfuerzo por integrar el conocimiento teórico con la práctica profesional. La comprensión de estos elementos resulta esencial para diseñar estrategias preventivas ajustadas a las necesidades individuales y contextuales de quienes se encuentran en situación de riesgo.

Factores de alarma en el suicidio

El suicidio es un fenómeno humano, transcultural y universal. Ha estado presente en todas las épocas desde el origen de la humanidad. Sin embargo, las actitudes y valores de cada cultura respecto al suicidio han sido y son enormemente variables: en algunas ha sido castigado y perseguido, mientras que en otras ha sido tolerado, incluso considerado un acto honorable (Heyd y Bloch, 2001). Debido a ello, el acto de quitarse la vida ha sido tema de debate y polémica desde hace siglos y ha sido abordado desde diferentes perspectivas, como la filosofía, la religión, la ética, la sociología, la economía y la psicología. (Di Rico et al., 2016)

La ideación suicida se ha definido como cualquier pensamiento autoinformado de involucrarse en una conducta relacionada con el suicidio. Aunque representa un estado de mayor susceptibilidad a la crisis de una conducta directa, se ha asociado al aumento del riesgo de futuros intentos de suicidio, especialmente en la adolescencia (Li et al., 2017).

Por tal razón la detección temprana de las ideas suicidas es fundamental para poder intervenir adecuadamente y prevenir que se lleven a cabo actos suicidas. Los factores de riesgo psicosociales más importantes que se deben tener en cuenta, según Serrano et al. (2017), incluyen la desesperanza, el vacío existencial, la depresión, la ansiedad, los problemas económicos, el consumo de sustancias tóxicas, la baja autoestima, la disfunción familiar, el acoso escolar o sexual, la desigualdad de género y la discriminación social.

En los resultados de la investigación que se describe en los capítulos anteriores, realizada en el departamento del Tolima (Colombia), a nivel sociodemográfico se encontró que la edad no es un factor de riesgo para la población del Tolima; sin embargo, a nivel descriptivo, se observó un sesgo en los datos hacia las edades menores, tal como lo reportan estadísticas mundiales. Dentro de esa franja etaria (jóvenes y adolescentes) se centran muchas investigaciones que permiten visualizar intervenciones a tener en cuenta tanto para la detección temprana como para la atención en cualquiera de las fases del espectro suicida.

Sin embargo, es importante comprender la relación entre la regulación emocional y la ideación suicida en los adolescentes, empezando por la medición oportuna. Dentro de los muchos instrumentos para la valoración del riesgo suicida, Ruiz et al. (2021) proponen empezar con la escala de ideación suicida de Beck y el inventario de depresión de Beck. Para la intervención posterior a la identificación de algún riesgo, sugieren la técnica de la silla vacía y la línea de la vida, como parte de la terapia cognitivo-conductual, así como la terapia de aceptación y compromiso, enfoques terapéuticos que pueden ser útiles.

Numerosas investigaciones muestran que la ideación suicida está asociada con diferentes elementos, que se deben analizar para comprender el fenómeno. Para Cañón y Carmona (2018), la relación entre la ideación y las conductas suicidas en adolescentes y jóvenes de diferentes países del mundo ha sido objeto de investigación, encontrándose que la ideación suicida oscila entre el 10 % y el 35 %, mientras que los intentos de suicidio oscilan entre el 5 % y el 15 %. Estos autores encuentran factores de riesgo que incluyen emociones negativas y factores estresantes, interacciones familiares y relaciones interpersonales, factores biopsicosociales, problemas de desigualdad social y trastornos mentales (pp. 387-395). Con base en estos datos, proponen, para prevenir el suicidio en adolescentes, generar redes de apoyo entre familiares, amigos, pares y profesores que estén dispuestos a escuchar y crear vínculos que den sentido de vida cuando un individuo expresa que piensa en suicidarse.

Aunque la desesperanza no mostró un fuerte peso, sí se debe tener en cuenta su inclusión como factor de riesgo, porque se ha sugerido que es una variable que se

puede para los demás, tal como lo reportan Chu et al. (2017). Reafirmando lo anterior, autores como Garza et al. (2019) aducen que la desesperanza es uno de los factores de riesgo más estudiados en los comportamientos suicidas. Desde esta óptica, algunos estudios señalan que la desesperanza no distingue a quienes intentan suicidarse de quienes solo piensan sin intentarlo (Qiu et al., 2017). La teoría del suicidio distingue significativamente a aquellos que han intentado suicidarse de aquellos con ideas suicidas (Klonsky et al., 2018).

En alusión a tal distinción, es importante aducir que la desesperanza afectiva se relaciona con los intentos suicidas, y los niveles bajos de sentido de vida son la base de las conductas autolesivas (Pérez et al., 2017), las cuales pueden desarrollarse como un estilo de pensamiento rumiante, que puede ser más dañino cuando también hay una ausencia de esperanza u optimismo (Tucker et al., 2013).

Desde esta óptica, la ideación suicida es entendida como pensamientos intrusivos y repetitivos sobre la muerte autoinfligida, sobre las formas deseadas de morir, así como los objetos, circunstancias y condiciones en las que un individuo se propone morir (Salamanca, y Siabato, 2017). Esta ideación puede variar en tipos y grados, desde el deseo de morir —sin una planeación específica de cómo hacerlo—, hasta el deseo de morir de una forma particular con acciones muy concretas (Eguíluz, 2003).

Joiner (2005) y Van Orden (2010) proponen una teoría psicológica interpersonal del suicidio, en la cual se conjugan factores intrapersonales e interpersonales, reubicando la centralidad del concepto de integración social. Esta teoría propone que el deseo de la propia muerte está compuesto por dos estados cognitivo-afectivos: la percepción de ser una carga para los demás, cuyas facetas incluyen el odio a uno mismo y la sensación de ser una molestia para los demás, y el sentimiento de no pertenecer, que a su vez implica los sentimientos de soledad y aislamiento social.

Aunque parece ser que la desesperanza en términos interpersonales es la que ha recibido mayor evidencia empírica (Tucker et al., 2018), sería importante considerar este aspecto en futuros estudios que pongan a prueba el modelo confirmado. Otra manera de concebir la relación entre la desesperanza asociada, el comportamiento suicida en adolescentes y la disfunción familiar se puede apreciar en algunos estudios de Latinoamérica, que plantean la terapia familiar como alternativa. Esta terapia puede ayudar a identificar y abordar los problemas de comunicación, conflictos y dinámicas disfuncionales que pueden estar contribuyendo a la desesperanza y a la ideación suicida en los adolescentes. Además, es importante trabajar con los padres para ayudarles a desarrollar habilidades parentales efectivas y fortalecer la relación entre padres e hijos.

Es de resaltar que dentro del contexto familiar puede incidir factores como el nivel de educación del padre y la madre, el estilo de crianza materno, la relación de los padres y la condición psicológica de estos, los cuales se asocian con la ideación suicida de por vida. En particular, la madre puede desempeñar un papel más significativo en la ideación suicida que el padre. Por tal razón, un ambiente familiar difícil puede potenciar la ideación suicida. En resumen, la estructura familiar influye en la ideación suicida (Garza et al., 2019).

La Organización Mundial de la Salud establece como factores protectores del comportamiento suicida el mantenimiento de patrones familiares saludables, una buena relación con los miembros de la familia y el apoyo familiar. Además, menciona factores individuales como un estilo cognitivo y rasgos de personalidad favorables, buenas habilidades sociales, confianza en sí mismo y en sus logros, búsqueda de ayuda cuando surgen dificultades, capacidad de tomar decisiones informadas y receptividad hacia las experiencias, soluciones y conocimientos de otras personas.

Uno de los aspectos que más atención ha recibido por parte de la psicología es el rol que juega la familia. Los hallazgos en investigación son consistentes respecto al impacto negativo de las relaciones familiares disfuncionales. En este sentido, Quiceno y Vinaccia (2013) hacen énfasis en la importancia de trabajar en la comunicación, establecer límites claros y consistentes, fomentar la confianza y el respeto mutuo, y promover el apoyo emocional. Otras formas de abordar la desesperanza y la ideación suicida en adolescentes incluyen la terapia individual y grupal, el apoyo emocional y el desarrollo de habilidades de afrontamiento. En cualquier caso, es fundamental abordar los problemas subyacentes y trabajar en la prevención y la promoción de la salud mental y el bienestar.

En contraste se sugiere que los adolescentes con dificultades para reconocer y regular sus propias emociones están en mayor riesgo de experimentar ideas suicidas. Los autores identifican varias situaciones estresantes, como el acoso, la depresión y la ansiedad, que pueden desencadenar conductas impulsivas y aumentar el riesgo de ideación suicida.

Por su parte, Ruiz et al. (2021) analizan un caso particular desde la perspectiva de la logoterapia. Los investigadores utilizaron diferentes instrumentos de evaluación y técnicas terapéuticas para comprender las razones detrás de la ideación suicida del adolescente y abordar sus problemas emocionales, vivencias y experiencias. Es fundamental examinar cualquier manifestación de pensamientos autodestructivos, incluso si el individuo no las manifiesta abiertamente. Contrario a la creencia popular, hablar sobre la ideación suicida con un diálogo claro y abierto no aumenta el riesgo de desencadenar el acto. De hecho, es una valiosa oportunidad para iniciar la prevención del suicidio (Pérez, 1999).

Es un error frecuente pensar que las amenazas suicidas son únicamente expresiones verbales o escritas sin intención real de suicidio y, por tanto, no deben tomarse en cuenta. Por el contrario, toda amenaza suicida debe ser tomada en serio, ya que puede reflejar una intención real de suicidarse. También es un mito común pensar que las personas que realmente quieren suicidarse no lo dicen, sino que lo hacen. Es importante escuchar y tomar en serio todas las señales de advertencia de suicidio y buscar ayuda profesional inmediata si alguien está en riesgo.

Perspectiva global y el suicidio

La adolescencia, que generalmente se extiende desde los 10 hasta los 19 años, es una etapa de desarrollo caracterizada por una serie de cambios físicos, cognitivos y psicosociales. Según Coleman y Herdry (2003), estos cambios permiten a los jóvenes acercarse a la madurez en términos de relaciones interpersonales y habilidades de comunicación.

La adolescencia es un fenómeno biopsicosocial que ocurre entre la pubertad y la adultez, es decir, es la etapa vital en la que se produce la transición de la niñez y la dependencia hacia la consolidación de la personalidad madura y autónoma. Desde un enfoque salutogénico, es una etapa signada por intensos cambios biopsicosociales. Esto contrasta con los modelos clásicos patológicos, que la conciben como una etapa de crisis, de “tormenta y estrés”. Algunos de los cambios más importantes se producen a nivel neurocognitivo (Di Rico et al., 2016).

En relación con esta etapa de la vida, Fernández (2015) señala que el desarrollo del pensamiento lógico-formal en la adolescencia permite a los jóvenes tener un mayor control sobre sus impulsos y esperar antes de actuar, lo que les ayuda a comprender mejor los valores culturales y su impacto en la sociedad. Además, la adolescencia implica una interacción constante con el entorno, lo que significa que, durante este periodo, la construcción de la identidad y la reconstrucción de los vínculos con el mundo exterior adquieren una importancia especial en la formación de la propia realidad psíquica.

En la adolescencia se alcanza el nivel lógico-formal y se desarrollan la capacidad de razonamiento abstracto y de proyección a futuro. El adolescente adquiere la habilidad de reflexionar sobre sí mismo, lo que facilita que vaya logrando mayor autoconocimiento y autodominio. A nivel afectivo y psicosocial, se complejiza lo vincular: surgen nuevas formas de relación con el grupo de amigos, así como relaciones amorosas y sexuales, lo que modifica los patrones vinculares de la infancia, sobre todo respecto a las relaciones con la familia y la escuela (Di Rico et al., 2016).

Por tal razón, la influencia de la globalización y la tecnología en la vida de las personas, puede generar cambios en el estilo de vida y en la percepción del mundo de los adolescentes. Es importante reconocer que el uso excesivo de la tecnología puede tener efectos negativos en la salud mental, como la deshumanización, la pérdida de sentido de la vida y la generación de ideas suicidas. Además, factores como el individualismo, el consumismo y los estereotipos también pueden contribuir a la frustración y la desesperanza, generando un vacío existencial que puede aumentar el riesgo de ideación suicida porque se pierde el sentido de la vida. Por este motivo, es fundamental reconocer y analizar estos factores de riesgo psicosociales para poder orientar a las personas que están experimentando problemas de salud mental.

En cualquier parte del mundo, la estrategia más pertinente para prevenir los problemas de salud mental en los adolescentes es la educación, ya que desempeña un papel importante en la prevención del suicidio, no solo como medio informativo, sino como guía para el crecimiento espiritual de la persona. Por ende, es necesario fomentar una educación que promueva valores positivos como la empatía, la solidaridad y la tolerancia para prevenir la deshumanización y la pérdida del sentido de la vida (González, 2023).

Otro factor a tener en cuenta, como comenta Cuesta-Revé (2017), es reconocer que el suicidio no solo afecta a la persona que lo comete, sino que también tiene un impacto en su entorno. Por lo tanto, debemos trabajar en la prevención del suicidio desde una perspectiva holística que aborde los factores individuales y sociales que contribuyen a su aparición.

La ideación suicida ha sido considerada como la primera etapa del espectro suicida y, por consiguiente, el principal predictor de futuros intentos de suicidio e incluso de suicidio consumado, siendo el riesgo de suicidio mayor durante el primer año en el que aparece la ideación suicida (Salamanca y Siabato, 2017).

Suicidio como fenómeno social

Otras consideraciones importantes en la conducta suicida son:

- a) Los estereotipos de género presentes en nuestra sociedad, según los cuales las mujeres son más capaces de expresar sus sentimientos y emociones, lo que podría generar más lazos afectivos y facilitar la búsqueda de ayuda en momentos de necesidad (González, 2023).
- b) La desesperanza, que se relaciona negativamente con la capacidad de enfrentar enfermedades crónicas. Cuando una persona siente que no puede mejorar su

estado de salud debido a la falta de recursos, puede generar una sensación de desesperanza (González et al., 2019).

- c) La falta de habilidades sociales, las cuales abarcan una serie de conductas, pensamientos y emociones que permiten mantener relaciones interpersonales saludables. Las personas socialmente hábiles buscan satisfacer no solo sus propios intereses, sino también los de los demás, buscando soluciones a los conflictos que puedan surgir. La importancia de estas habilidades radica en que son fundamentales para el bienestar psicológico, y la falta de interacción social puede aumentar el riesgo de padecer problemas emocionales y psicológicos (como ansiedad, depresión, problemas psicosomáticos), disminuyendo la calidad de vida (González et al., 2019)

Consideraciones generales para el suicidio en adolescentes

Según González (2023), el rastreo de la conducta suicida en adolescentes hace énfasis en:

- a) Los estigmas, tabús y mitos, los cuales se consideran criterios culturales, que llevan a las personas que buscan apoyo a retraerse por vergüenza y, en consecuencia, a no recibir la ayuda necesaria. Por estas circunstancias, la prevención se ve seriamente entorpecida. Igualmente, la detección, evaluación, diagnóstico precoz y tratamiento oportuno dependerá de la reducción de esta causa de muerte evitable. Por tanto, el suicidio es un proceso que inicia con ideas y sentimientos de preocupación autodestructiva, falta de disfrute de la vida, planeación para quitarse la vida y, finalmente, su ejecución.
- b) La importancia de identificar adecuadamente los factores de riesgo asociados con el comportamiento suicida en un individuo. Entre más factores de riesgo estén presentes en una persona, mayor será la probabilidad de que presente ideas o conductas suicidas.

Sin embargo, también es importante tener en cuenta que la ausencia de factores de riesgo no garantiza que una persona no pueda llegar a desarrollar pensamientos o conductas suicidas. Por lo tanto, es fundamental realizar una evaluación cuidadosa y completa de los factores de riesgo, así como de los aspectos protectores que puedan estar presentes en la vida del individuo.

- c) La recomendación de que cualquier persona que presente síntomas o conductas que sugieran un riesgo suicida reciba atención profesional inmediata y adecuada, con el fin de prevenir posibles consecuencias trágicas. Como profesionales de la salud mental, se debe estar atentos y sensibilizados ante la gravedad de esta problemática y trabajar para promover la prevención y el tratamiento oportuno del riesgo suicida en nuestra sociedad.
- d) La falta de seguridad en un contexto social que no proporciona a los adolescentes las fuentes adecuadas de unión y soporte puede llevar a la aparición de conductas suicidas.

La fragmentación de esta seguridad hace que resulte difícil implementar programas de prevención y aumentar los recursos que la sanidad pública dedica a la salud mental de los adolescentes. Es vital que se preste atención a los problemas de salud mental de los adolescentes, ya que esto es esencial para garantizar su derecho a la salud en general. A pesar de la gran cantidad de estudios que existen en torno al adolescente, aún no se han ofrecido modelos, programas o acciones encaminadas a la prevención, intervención y tratamiento de los problemas de salud mental del adolescente, es crucial detectar oportunamente los factores de riesgo para diseñar e implementar programas de prevención más integrales y eficaces frente al suicidio de adolescentes.

A nivel local, se aprecia el estudio realizado por Tabares et al. (2020), quienes ponen en evidencia la estrecha relación entre la impulsividad, la depresión y el riesgo de ideación suicida en la adolescencia. Dentro de los resultados obtenidos, se aprecia que, en la misma medida que aumenta la tendencia a la impulsividad y la gravedad de los síntomas depresivos, también se incrementa el nivel de riesgo y la ideación suicida en los jóvenes estudiados, la falta de control inhibitorio y la baja autoeficacia emocional, especialmente en relación con el afecto negativo, pueden desencadenar conductas autoagresivas que ponen en peligro la vida del adolescente.

La impulsividad, la desesperanza y la depresión, entre otros factores biopsicosociales, aumentan la vulnerabilidad de los jóvenes frente a eventos vitales estresantes, como problemas sociales, económicos, familiares, entre otros, que pueden conducir a un intento de suicidio; Dichos resultados son muestra de que tanto la impulsividad como la depresión juegan un rol causal y predictor de la ideación y el comportamiento suicida en la adolescencia. La correlación y la predicción realizadas muestran que tanto la variable de depresión como la de impulsividad presentan una relación estadísticamente significativa, siendo variables predictoras del riesgo y la ideación suicida, la depresión, en particular, resultó ser la variable de mayor valor predictivo.

Por lo tanto, es necesario prestar atención a la evaluación y prevención de la impulsividad y la depresión en la población adolescente para prevenir y reducir el riesgo de ideación y comportamiento suicida. La identificación temprana de estos factores de vulnerabilidad, así como la implementación de intervenciones preventivas y terapéuticas adecuadas, puede contribuir a la reducción de la carga de enfermedad mental asociada al suicidio en la adolescencia.

Consideraciones para el suicidio en adultos

Es importante reconocer que la conducta suicida es un tema de gran importancia para la salud pública, no solo por la vulnerabilidad de los adolescentes, sino también de los adultos jóvenes y mayores, especialmente en países en desarrollo. En Perú, Baños-Chaparro (2021) identificó la presencia de ideación suicida en la población adulta con el fin de contribuir a las diversas alternativas de prevención del suicidio en la actualidad. Es fundamental conocer las diferencias de acuerdo con el sexo, ya que esto permite enfocar las intervenciones en la población más vulnerable, a fin de brindarles mayores recursos y apoyo profesional tanto individual como familiar.

En ese sentido, dicha investigación tuvo como objetivo analizar las diferencias en la ideación suicida en adultos peruanos, según el sexo. Los resultados arrojados dieron muestra de que existen diferencias significativas en las puntuaciones de ideación suicida, con un predominio notable en las mujeres. Es importante destacar que estos hallazgos no concuerdan con otros estudios basados en la estadística frecuentista, donde no se encontraron diferencias entre hombres y mujeres o, incluso, las diferencias estuvieron a favor de los hombres.

Ahora bien, dando un giro hacia el contexto local que se vive en Colombia, muchas personas manifiestan pensamientos suicidas y cerca de un tercio de las personas que han tenido un intento fallido intentan suicidarse de nuevo en el plazo de un año. Se estima que, por cada suicidio, puede haber de 20 a 25 intentos; en el caso del adulto mayor, el número de intentos se reduce a 4. Por ello, es importante resaltar que los intentos de suicidio son considerablemente menos comunes que las ideas suicidas y que cerca del 10 % de los que intentan suicidarse finalmente lo logran.

Las investigaciones realizadas se han centrado en su mayoría en jóvenes adolescentes, con poca información disponible sobre la ideación suicida de las personas mayores, a pesar de que este grupo etario presenta más casos de suicidios. Esto se debe a que los adultos mayores emplean métodos más letales y muestran menos señales de aviso, las

cuales son más difíciles de detectar. Por lo tanto, una idea suicida en un adulto mayor tiene una mayor probabilidad de culminar en un suicidio consumado (Ramírez et al., 2021).

No poder replicar los resultados de otras investigaciones continúa siendo un problema en el campo de la psicología, por lo que es necesario adoptar métodos estadísticos más precisos para la comprobación de hipótesis, especialmente en estudios comparativos con propósitos de intervención en poblaciones vulnerables. En conclusión, los resultados de este estudio pueden ser de gran utilidad para diseñar programas de prevención e intervención en salud mental, dirigidos a la población más vulnerable y con un enfoque específico en las diferencias de género.

En otros continentes también existe preocupación por el fenómeno del suicidio. Por ejemplo, en Indonesia, Nova et al. (2019) destacan que el suicidio es una emergencia psiquiátrica que requiere atención integral, ya que los individuos que lo intentan corren el riesgo de ponerse en peligro a sí mismos, a los demás y al entorno. En Indonesia, el número de casos de suicidio ha aumentado en los últimos años, lo que ha puesto de manifiesto la necesidad de explorar el papel de las familias en el cuidado de los individuos con riesgo de suicidio y su potencial para la prevención de este fenómeno.

El objetivo de este estudio fue obtener una visión general de la experiencia de las familias en el cuidado de parientes con riesgo de suicidio. Los resultados indicaron que los intentos de suicidio representan una carga compleja para las familias, quienes, a menudo, no pueden reconocer los signos de suicidio a tiempo. Asimismo, se encontró que los cambios de comportamiento pueden ser un signo de alerta, pero muchas familias los desconocen. Además, desconocen las estrategias de supervivencia para superar el impacto del intento de suicidio.

Con base en estos resultados, se recomienda que la familia sea considerada como una unidad social clave en la prevención del suicidio y que se les instruya para ser más sensibles a los cambios en el comportamiento. También, se sugiere la implementación de intervenciones como la educación sanitaria, la psicoterapia familiar, el manejo del estrés y los grupos de autoayuda para mejorar el estado de salud mental de los afectados y las familias.

CAPÍTULO 10

A PROPÓSITO DE LA GESTIÓN PSICOSOCIAL FRENTE AL SUICIDIO

CAPÍTULO 10. A PROPÓSITO DE LA GESTIÓN PSICOSOCIAL FRENTE AL SUICIDIO

El suicidio representa una de las problemáticas más desafiantes y complejas en el ámbito de la salud mental. A lo largo de este libro, se han abordado las múltiples facetas de la conducta suicida, desde su conceptualización teórica hasta el análisis epidemiológico y psicométrico en la región del Tolima. Sin embargo, la comprensión de este fenómeno no estaría completa sin un enfoque integral que considere la gestión psicosocial como un elemento crucial para la prevención y el tratamiento.

El estudio del suicidio desde una óptica socioeconómica en Colombia es escaso; por lo tanto, se recomienda abordar esta problemática en próximas investigaciones desde una óptica multicausal, con el objetivo de identificar a los individuos que requieren intervención. Asimismo, es importante profundizar en la posible relación existente entre aspectos sociales y económicos con factores psicológicos. Para ello, dadas las limitaciones existentes de información, se hace necesario que los gobiernos municipales implementen medidas en la recolección de datos con el fin de fortalecer su acceso y el desarrollo de futuras investigaciones.

La gestión psicosocial se refiere a un conjunto de estrategias y acciones diseñadas para mejorar el bienestar psicológico y social de las personas, abordando factores de riesgo y de protección asociados con el suicidio. Esta gestión no solo incluye intervenciones directas con individuos en riesgo, sino también el fortalecimiento de redes de apoyo social, la promoción de la salud mental y la sensibilización comunitaria. Este ejercicio permite hacer una comprensión más profunda respecto a la conducta suicida, la cual no opera desde un vacío, sino que es el resultado de una interacción compleja de factores individuales, familiares, comunitarios y socioculturales. Por tanto, la gestión psicosocial debe ser un esfuerzo coordinado y multidimensional que aborde estos niveles de influencia de manera holística y empática.

Los factores de riesgo asociados al suicidio laboral que más predominaron son psicosociales y organizacionales. Dentro de los psicosociales se incluyen el estrés extremo, la presión laboral y la falta de apoyo emocional, mientras que los organizacionales contienen la precariedad de las condiciones de trabajo. (Rosa Linares, 2024, p. 55)

Frente a esta situación la gestión psicosocial se define como el conjunto de acciones y estrategias encaminadas a promover el bienestar psicológico y social de los individuos, abordando de manera integral los factores de riesgo y de protección que influyen en su salud mental. En el contexto de la prevención del suicidio, la gestión psicosocial se centra en identificar y mitigar los factores que aumentan la vulnerabilidad al suicidio, al tiempo que fortalece los factores protectores que pueden reducir dicho riesgo (Castaño y Sánchez, 2022).

El acompañamiento en la gestión psicosocial trae consigo una puesta en escena muy práctica sobre la integralidad con la que la conducta suicida debe ser atendida. Un abordaje integral es esencial para abordar eficazmente los factores de riesgo asociados al suicidio, ya que este es un fenómeno multifacético influenciado por una amplia gama de factores biológicos, psicológicos, sociales y culturales (Rebolledo et al., 2021). Este enfoque considera no solo los síntomas o trastornos presentes en el individuo, sino también las condiciones sociales y económicas que pueden exacerbar su vulnerabilidad.

Los grupos de edad y los estratos económicos son variables críticas que deben considerarse en cualquier estrategia de gestión psicosocial. Por ejemplo, los adolescentes y jóvenes adultos, como se ha destacado en los capítulos anteriores, presentan una mayor prevalencia de ideación y conductas suicidas debido a factores como la presión académica, el desempleo y la incertidumbre sobre el futuro. En contraste, los adultos mayores pueden enfrentar aislamiento social, enfermedades crónicas y una disminución en la calidad de vida, factores que también aumentan el riesgo de suicidio (Cuervo et al., 2023).

Ampliando el análisis sobre el impacto de los estratos económicos en la salud mental, es fundamental reconocer que las personas de estratos económicos más bajos enfrentan barreras significativas para acceder a recursos de salud mental. Estas barreras incluyen no solo la falta de cobertura de seguros médicos, que a menudo resulta en costos inasequibles para tratamientos necesarios, sino también una falta de información sobre dónde y cómo acceder a estos servicios.

El estrés financiero es un factor de riesgo clave que contribuye al deterioro de la salud mental, exacerbando condiciones como la ansiedad y la depresión (Morshidi et al., 2024). Este tipo de estrés puede surgir de preocupaciones constantes por la estabilidad laboral, las deudas acumuladas y la imposibilidad de satisfacer necesidades básicas, lo que puede generar una sensación persistente de desesperanza y preocupación. Además, el estigma asociado con las dificultades financieras puede llevar a sentimientos de vergüenza y culpa internalizados, afectando negativamente la autoestima y la salud mental en general.

La falta de acceso a medidas preventivas y tratamientos en salud mental es otro problema crítico. En contextos de bajos recursos, las personas tienen menos probabilidades de recibir atención oportuna y adecuada, lo que no solo agrava las condiciones de salud mental, sino que también puede llevar a problemas como la falta de hogar y la criminalización de comportamientos relacionados con enfermedades mentales (Bosuroy et al., 2022). Estos problemas subrayan la necesidad de intervenciones políticas y programas comunitarios que promuevan el acceso equitativo a servicios de salud mental, independientemente del nivel socioeconómico.

Ejercicio de la gestión psicosocial en el suicidio

La gestión psicosocial integral es esencial para la prevención efectiva del suicidio, ya que aborda múltiples factores de riesgo y proporciona apoyo continuo a las personas en situaciones vulnerables. Estudios recientes han demostrado que un enfoque integral, que incluye intervenciones en salud mental, la reducción del acceso a medios letales y el fortalecimiento de habilidades de vida y resiliencia, es crucial para reducir las tasas de suicidio y mejorar el bienestar general de las personas (Colizzi et al., 2020).

Un aspecto clave de la gestión psicosocial es la atención a las diversas necesidades de los individuos a lo largo de sus vidas, desde la infancia hasta la adultez. Por ejemplo, la investigación ha destacado la importancia de intervenir temprano en la vida, especialmente en jóvenes que muestran signos incipientes de trastornos mentales, para prevenir la progresión de problemas más graves como la depresión y la conducta suicida (Colizzi et al., 2020). Estos enfoques no solo son eficaces para los individuos, sino que también tienen beneficios a nivel comunitario, como la reducción de las tasas de suicidio en poblaciones específicas y la mejora del acceso a servicios de salud mental (Caine, 2020).

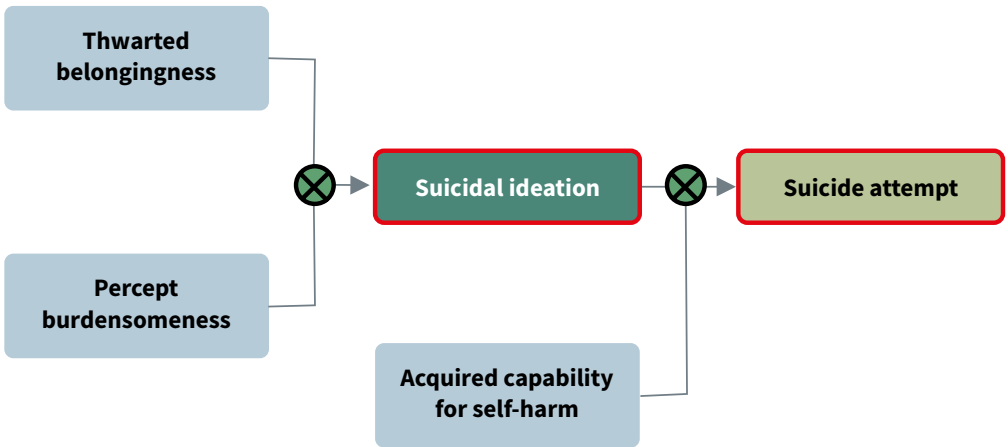
Es fundamental continuar y expandir la investigación en la gestión psicosocial del suicidio para desarrollar estrategias más eficaces y adaptadas a diferentes contextos culturales y socioeconómicos. La personalización de las intervenciones es crucial, ya que las poblaciones pueden experimentar factores de riesgo y barreras para el acceso a servicios de salud mental de manera distintas. Por ejemplo, en áreas rurales, la falta de acceso a servicios de salud mental especializados puede ser una barrera significativa, mientras que, en contextos urbanos, el estigma y la sobrecarga de los sistemas de salud pueden ser desafíos predominantes.

La implementación de programas de salud mental comunitarios que incluyan educación sobre la salud mental, líneas de ayuda y redes de apoyo social puede facilitar

la identificación temprana de personas en riesgo y la provisión de apoyo necesario (Bowersox et al., 2021). De igual manera, las políticas públicas deben enfocarse en garantizar la equidad en el acceso a servicios de salud mental, independientemente del nivel socioeconómico, y en promover la integración de estos servicios en sistemas de salud más amplios.

Los programas de intervención temprana y prevención del suicidio deben ser inclusivos y considerar factores como la diversidad cultural y las diferencias en las experiencias de vida. Por ejemplo, los jóvenes LGBTQ+ y las minorías étnicas pueden enfrentar factores de riesgo únicos, como la discriminación y el rechazo familiar, que deben ser abordados de manera sensible y eficaz (Glenn et al., 2022). La investigación en esta área puede proporcionar datos valiosos para desarrollar programas que no solo reduzcan el riesgo de suicidio, sino que también promuevan el bienestar general y la resiliencia en estas comunidades tal como se presenta en la figura 13.

Figura 13. La teoría interpersonal-psicológica del suicidio



Fuente: Stewart et al. (2015).

La Teoría Psicológica Interpersonal del Suicidio (TPIS), propuesta por Thomas Joiner (2005), sugiere que el suicidio resulta de la convergencia de dos factores principales: la ideación suicida y la capacidad adquirida para autolesionarse. La ideación suicida surge cuando una persona experimenta una intensa sensación de pertenencia frustrada y la percepción de ser una carga para los demás. Estos dos estados psicológicos llevan al individuo a considerar que su existencia es irrelevante o incluso perjudicial para los demás, aumentando así el deseo de morir. Sin embargo, para que una persona intente suicidarse, debe haber desarrollado una capacidad adquirida para llevar a cabo el

acto, la cual puede surgir a través de experiencias de dolor, sufrimiento o exposición a situaciones traumáticas.

La gestión psicosocial puede desempeñar un papel crucial en la mitigación del riesgo suicida al abordar estos tres componentes fundamentales:

- 1. Pertenencia frustrada:** los programas de gestión psicosocial pueden fomentar el sentido de pertenencia mediante la creación de redes de apoyo social y la promoción de la inclusión en la comunidad. Intervenciones como grupos de apoyo, actividades comunitarias y terapias grupales pueden ayudar a las personas a sentir que forman parte de una red de apoyo y que sus vidas tienen un impacto positivo en otros.
- 2. Percepción de ser una carga:** a través de la terapia y la educación, las intervenciones psicosociales pueden desafiar y reestructurar las creencias irracionales de los individuos sobre ser una carga. Es fundamental mejorar la autoestima y la autoeficacia de los individuos, ayudándolos a reconocer su valor intrínseco y las contribuciones positivas que pueden hacer.
- 3. Capacidad adquirida para autolesionarse:** la gestión psicosocial también puede incluir estrategias para reducir la exposición a situaciones traumáticas y proporcionar formas saludables de manejo del dolor y el estrés. Esto puede incluir el desarrollo de habilidades de afrontamiento, la terapia cognitivo-conductual y programas de manejo del estrés, que ayuden a las personas a manejar sus emociones y reducir la intensidad del dolor psicológico.

Desde la gestión psicosocial, la colaboración interdisciplinaria es crucial en la gestión psicosocial del suicidio, ya que permite una atención más completa y efectiva al abordar tanto los aspectos mentales como físicos de los pacientes. Este enfoque incluye la participación de psicólogos, psiquiatras, trabajadores sociales, médicos, educadores y profesionales de la salud pública. Cada uno de estos especialistas aporta perspectivas y habilidades únicas que, al trabajar de manera coordinada, pueden mejorar significativamente los resultados para los pacientes (Wittink et al., 2020).

La psicología y la psiquiatría se centran en la evaluación y tratamiento de trastornos mentales como la depresión y la ansiedad, que son factores de riesgo importantes para el suicidio. Por su parte, los trabajadores sociales desempeñan un papel clave en la conexión de los individuos con recursos comunitarios y servicios de apoyo, así como en la gestión de casos y planificación de la atención. Asimismo, los educadores y

profesionales de la salud pública pueden contribuir a la prevención a través de programas educativos y de promoción de la salud mental en diversas comunidades.

El modelo de cuidado colaborativo, que integra la atención primaria y especializada, ha demostrado ser más efectivo que los modelos de cuidado convencionales en el tratamiento de trastornos del estado de ánimo, trastornos de ansiedad y enfermedades crónicas concomitantes. Este modelo no solo mejora la calidad del tratamiento, sino que también puede reducir las disparidades en el acceso a la atención, especialmente en pacientes de diferentes contextos socioeconómicos y étnicos.

La gestión psicosocial permite abordar la influencia de factores culturales y sociales en la percepción y respuesta al suicidio de manera integral y sensible a las particularidades de cada comunidad. Las diferencias culturales pueden afectar cómo se experimenta y se comunica el sufrimiento, así como las actitudes hacia la búsqueda de ayuda y la percepción del suicidio como una solución a los problemas. En algunas culturas, el suicidio puede ser visto como un acto honorable o aceptable en ciertas circunstancias, mientras que en otras puede ser considerado un tabú absoluto, lo que influye en la disposición de las personas a hablar sobre sus pensamientos suicidas o a buscar ayuda (Chu et al., 2022).

La gestión psicosocial, que incorpora una comprensión profunda de estos contextos culturales y sociales, puede desarrollar intervenciones más efectivas. Esto incluye la adaptación de herramientas de evaluación y protocolos de intervención que sean culturalmente pertinentes. Los profesionales deben estar capacitados para reconocer y manejar los desafíos específicos que enfrentan las minorías étnicas, como la desconfianza hacia los sistemas de salud y el estigma internalizado (Lei et al., 2023). La construcción de relaciones de confianza y la promoción de la educación psicoeducativa en estas comunidades pueden ser cruciales para reducir el riesgo de suicidio y mejorar el acceso a los recursos de apoyo.

La gestión psicosocial desempeña un papel crucial en la reducción de la estigmatización del suicidio y las enfermedades mentales, un factor que a menudo impide que las personas busquen la ayuda que necesitan. La estigmatización puede manifestarse de varias formas, incluyendo el estigma público, y el estructural, que afectan negativamente a quienes experimentan problemas de salud mental. Esta estigmatización no solo perpetúa la discriminación y el aislamiento social, sino que también disminuye la probabilidad de que las personas busquen o se mantengan en tratamiento (Thabrew et al., 2018; Chan et al., 2014).

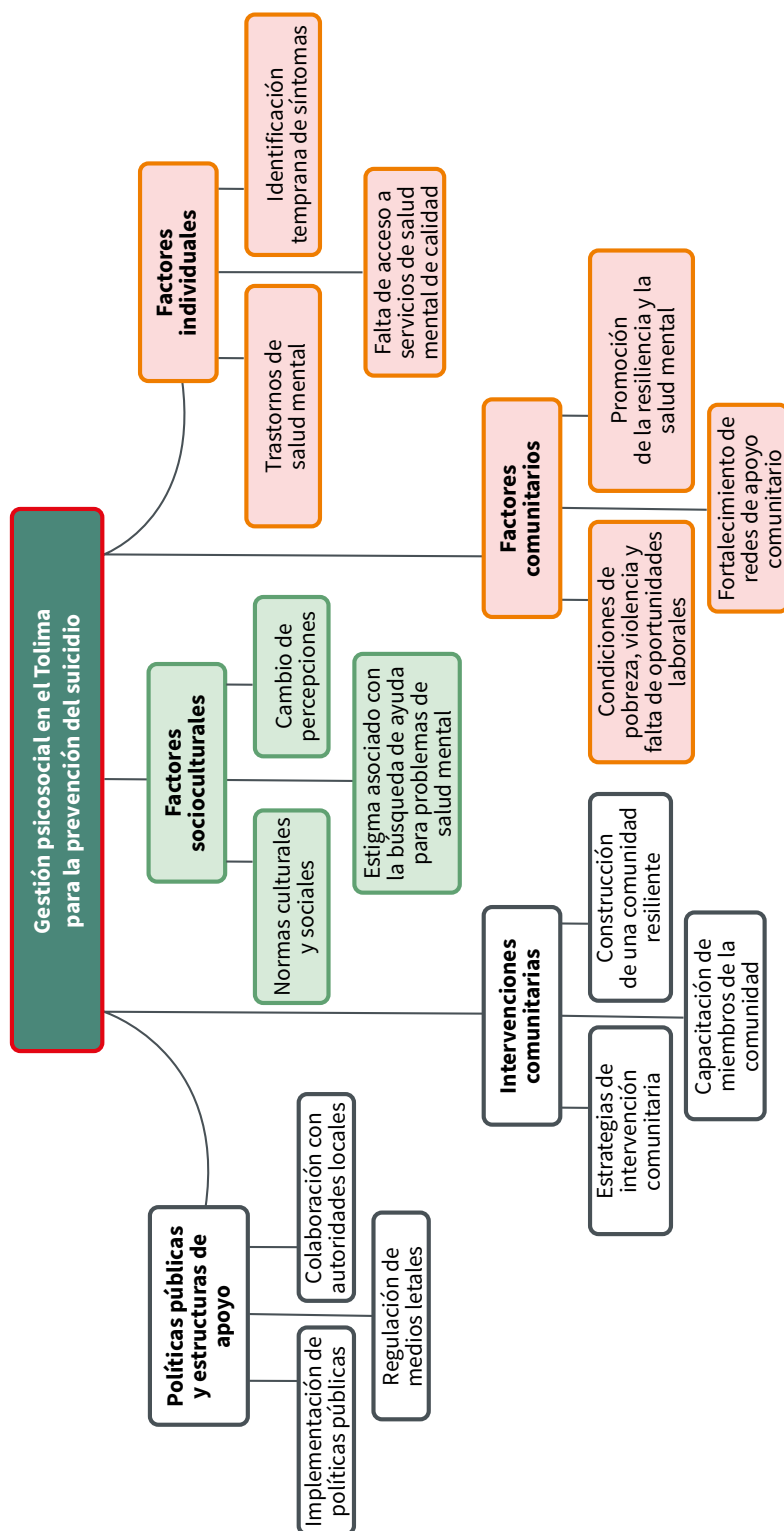
Para combatir estos efectos, es esencial implementar campañas de concienciación pública que promuevan una comprensión más abierta y empática del suicidio y las enfermedades mentales. Estas campañas deben centrarse en desmitificar las falsas creencias sobre la salud mental, educar al público sobre la naturaleza médica de estos trastornos y destacar la eficacia de los tratamientos disponibles. El uso de medios diversos, como redes sociales, televisión, radio y eventos comunitarios, puede ser efectivo para llegar a una amplia audiencia y reducir el estigma. La gestión psicosocial también debe incluir la capacitación de profesionales de la salud y la implementación de políticas que respalden la inclusión y el acceso equitativo a los servicios de salud mental. Esto es especialmente relevante en comunidades minoritarias y marginadas, donde el estigma puede ser aún más pronunciado debido a factores culturales y antecedentes de discriminación histórica (Chen et al., 2012).

Aproximaciones explicativas sobre la conducta suicida desde la gestión psicosocial

La gestión psicosocial proporciona un marco integral para comprender y abordar la conducta suicida, integrando factores individuales, comunitarios y socioculturales que contribuyen a este fenómeno complejo, la figura 14 ayuda a conceptualizar esta precisión.

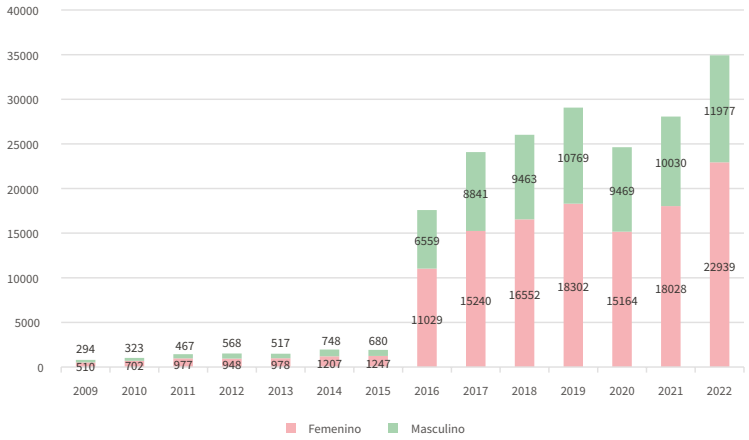
En el contexto del departamento del Tolima, una región que enfrenta desafíos únicos, este enfoque es particularmente relevante para desarrollar estrategias de prevención y apoyo, lo que consolidaría un escenario de acción único y completo, ya que ofrece una perspectiva integral y multidimensional para abordar la conducta suicida en el Tolima. Este enfoque reconoce la importancia de los factores individuales, comunitarios y culturales, y promueve intervenciones coordinadas y culturalmente sensibles para reducir el riesgo de suicidio y mejorar el bienestar general de la población. Como lo muestra la figura 15, las cifras actuales sobre el intento de suicidio configuran un escenario de acción desde el cual la gestión psicosocial abordaría un enfoque complejo de paradigmas, prácticas y saberes en torno al campo de conocimiento y administración necesario para mitigar su presencia en la sociedad.

Figura 14. Aproximación de la gestión psicosocial para la prevención del suicidio



Fuente: elaboración propia.

Figura 15. Distribución por género del intento de suicidio en Colombia del 2009 al 2022



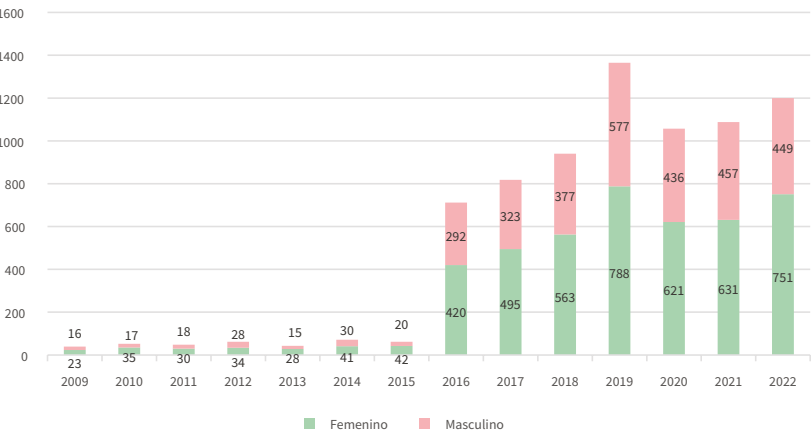
Fuente: elaboración propia.

El análisis de los datos sobre intento de suicidio en Colombia desde 2009 hasta 2022 revela una preocupante tendencia al alza en ambos géneros, con un aumento especialmente marcado entre las mujeres. En 2009, se registraron 510 casos en mujeres y 294 en hombres; sin embargo, para 2022, estos números ascendieron a 22 939 y 11 977, respectivamente. Este incremento drástico en los intentos de suicidio puede estar vinculado a una serie de factores, entre ellos el aumento de la conciencia pública y el mayor reporte de casos, así como los cambios socioeconómicos y personales que han afectado a la población durante este período. Notablemente, el 2016 muestra un pico significativo, particularmente en las mujeres, donde los casos incrementaron de 1247 en 2015 a 11 029 en 2016. Esto sugiere un posible cambio en la dinámica de los factores de riesgo o en la capacidad de respuesta del sistema de salud.

Las diferencias en las tasas de intento de suicidio entre géneros destacan la necesidad de enfoques específicos y diferenciados en la prevención y tratamiento de la salud mental en Colombia. El aumento más pronunciado en los intentos de suicidio en mujeres podría reflejar una mayor vulnerabilidad ante factores de riesgo como la violencia doméstica, el estrés laboral y las expectativas sociales. Por otro lado, aunque los hombres también han experimentado un aumento en los intentos, la tasa de incremento es menor, lo que podría estar relacionado con diferencias en la forma en que enfrentan y reportan sus problemas de salud mental. Estos hallazgos subrayan la importancia de desarrollar políticas públicas que no solo aborden las causas subyacentes del intento de suicidio, sino que también sean sensibles a las diferencias de género, promoviendo un acceso equitativo y eficaz a los recursos de apoyo y tratamiento.

Los datos recopilados sobre los intentos de suicidio en el departamento del Tolima a lo largo de los años muestran una preocupante tendencia al alza, especialmente entre las mujeres. Desde el inicio del periodo analizado, se ha observado un incremento significativo en los casos reportados, con un aumento notable en los últimos años. Este fenómeno resalta la necesidad de intervenciones específicas en la región para abordar los factores de riesgo asociados al suicidio y la implementación de programas de prevención efectivos y accesibles. Es esencial considerar las particularidades socioeconómicas y culturales de la región para desarrollar estrategias de salud mental que sean realmente eficaces y pertinentes para su población, la figura 16 aborda mejor esta conceptualización.

Figura 16. Distribución por género del intento de suicidio en el Tolima del 2009 al 2022



Fuente: elaboración propia.

El análisis de los datos sobre intentos de suicidio en el departamento del Tolima entre 2009 y 2022 revela una tendencia ascendente preocupante tanto en hombres como en mujeres. A partir de 2016, se observa un aumento significativo en los casos, especialmente entre la población femenina, lo que podría estar vinculado a factores socioeconómicos y contextuales específicos. Este incremento notable sugiere una mayor incidencia de problemas de salud mental y subraya la importancia de identificar los factores de riesgo que afectan particularmente a las mujeres en esta región.

De igual manera, el aumento en los intentos de suicidio entre los hombres, aunque más gradual, también es significativo y destaca la necesidad de enfoques diferenciados por género en las intervenciones de salud mental. Los picos observados en los datos podrían estar relacionados con cambios en las condiciones sociopolíticas o un aumento

en la disposición de las personas para reportar estos incidentes. En este contexto, es fundamental implementar programas de prevención y apoyo que sean culturalmente sensibles y accesibles para todos los segmentos de la población, junto con campañas de concienciación que reduzcan el estigma asociado con la búsqueda de ayuda para problemas de salud mental.

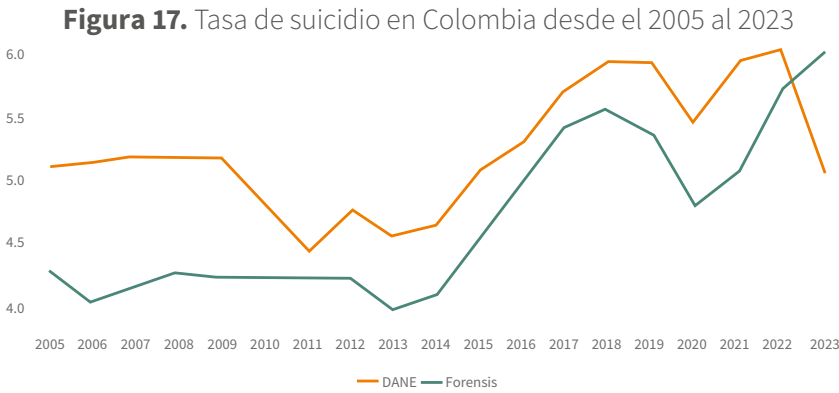
La gestión psicosocial permite abordar la conducta suicida considerando múltiples factores que influyen en su manifestación, como se observa en el departamento del Tolima. Un factor clave es el contexto socioeconómico, donde la desigualdad y la pobreza pueden agravar problemas de salud mental, como el estrés y la depresión, aumentando el riesgo de suicidio (Ministerio de Salud y Protección Social, 2018). La falta de acceso a recursos de salud mental y la precariedad económica restringen las opciones de las personas para buscar ayuda, incrementando su vulnerabilidad.

Otro aspecto relevante es el impacto de la estigmatización social y cultural en la percepción y respuesta al suicidio. La estigmatización del suicidio y las enfermedades mentales puede impedir que las personas busquen ayuda, lo que subraya la necesidad de campañas de concienciación que promuevan una comprensión más abierta y empática del tema (Ministerio de Salud y Protección Social, 2018). La discriminación basada en género, orientación sexual o etnia también puede contribuir a sentimientos de desesperanza y aislamiento, factores asociados con la conducta suicida. En este sentido, la gestión psicosocial se enfoca en dismantelar estas barreras a través de la educación y la sensibilización comunitaria, promoviendo la inclusión y el apoyo social.

La gestión psicosocial también aborda la falta de redes de apoyo y la desintegración familiar, factores que son comunes en muchas áreas del Tolima. La creación de redes de apoyo comunitario y familiar es esencial para proporcionar un entorno de contención y respaldo, crucial para aquellos que enfrentan crisis suicidas. Programas como la implementación de líneas de atención psicológica, grupos de apoyo y actividades comunitarias pueden ofrecer un soporte vital para aquellos en riesgo, reduciendo la incidencia de comportamientos suicidas al proporcionar una red de seguridad emocional.

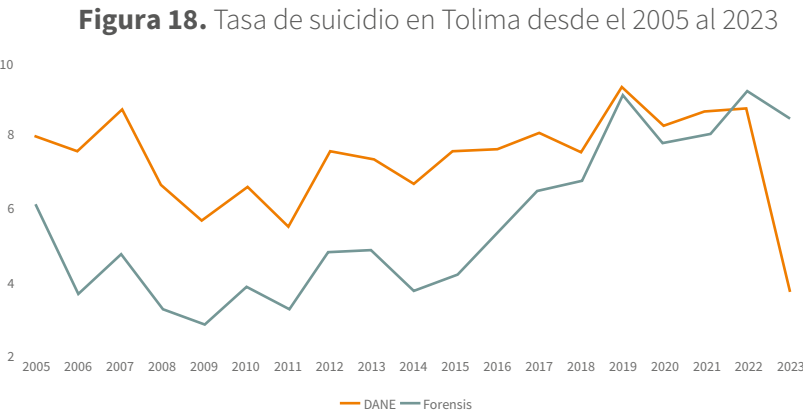
El incremento en las cifras de intentos de suicidio en Colombia desde 2016 se puede atribuir a varios factores. En primer lugar, la introducción de una vigilancia epidemiológica más rigurosa por parte del Instituto Nacional de Salud, en cumplimiento de la Ley 1616 de 2013, mejoró significativamente la recolección y el registro de datos. Este cambio permitió descubrir un subregistro considerable de casos en años anteriores, lo que resultó en un aumento aparente de los reportes de intentos de suicidio a partir de 2016. Por ejemplo, en 2015 se reportaron 1987 casos, pero esta cifra se elevó drásticamente a 17 587 en 2016 y a 25 835 en 2017, lo que representó casi un aumento de

nueve veces en un solo año, sugiriendo que muchos casos no se habían reportado previamente, como lo relaciona la figura 17.



Fuente: Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forense (2024).

Varios factores contextuales contribuyen al aumento de los intentos de suicidio. Entre estos se incluyen conflictos en relaciones de pareja o expareja, dificultades económicas, problemas en el ámbito escolar y experiencias de maltrato físico, psicológico o sexual. Es importante destacar que, en 2017, la mayoría de los intentos de suicidio registrados fueron de mujeres, representando el 62.7 %, mientras que los hombres constituían el 37.3 %. Esta tendencia fue particularmente notable entre los jóvenes de 15 a 19 años, lo que resalta la necesidad de abordar tanto los factores clínicos como los socioeconómicos y culturales en las estrategias de prevención del suicidio. La figura 18 muestra la tasa de suicidio en el departamento del Tolima desde 2005 hasta 2023, con datos reportados por dos fuentes diferentes: el DANE y Forensis.



Fuente: Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forense (2024).

A lo largo del periodo, se observa una tendencia ascendente en la tasa de suicidios, con algunas fluctuaciones notables. En los primeros años (2005-2010), la tasa se mantuvo relativamente estable, aunque con ligeras variaciones. A partir de 2011, se observa un incremento más pronunciado, alcanzando un primer pico alrededor de 2013. Esta tendencia creciente se estabiliza brevemente antes de aumentar de manera significativa en 2016, alcanzando el punto más alto en 2019 según los datos de Forensis. El DANE muestra una tendencia similar, aunque con algunas discrepancias menores en los valores específicos.

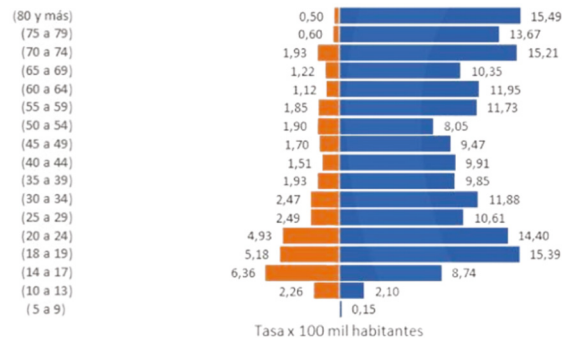
La diferencia en las tasas reportadas por DANE y Forensis a lo largo de los años puede deberse a diferencias en los métodos de recolección de datos, definiciones operacionales o incluso en la cobertura de los informes. Sin embargo, ambas fuentes coinciden en señalar un aumento preocupante en las tasas de suicidio en el departamento del Tolima, especialmente notable a partir de 2016.

Este aumento puede estar vinculado a factores socioeconómicos, psicológicos y culturales, como el estrés relacionado con problemas económicos, conflictos personales y familiares, así como la falta de acceso a servicios de salud mental. Además, el impacto de eventos como la pandemia de COVID-19 pudo haber exacerbado estas tendencias debido al aislamiento, la incertidumbre y la crisis económica.

En 2022, la tasa de suicidio en Colombia alcanzó niveles alarmantes, revelando una crisis de salud mental en la población. Los datos muestran una marcada diferencia entre géneros, con tasas de suicidio significativamente más altas en hombres en comparación con las mujeres. Esta tendencia resalta la necesidad de analizar no solo los factores que impulsan estas cifras, sino también las diferencias en la manera en que hombres y mujeres afrontan los desafíos emocionales y psicológicos. El análisis detallado de estas tasas, particularmente elevado en adultos mayores y jóvenes adultos, pone de relieve la urgencia de desarrollar estrategias de prevención efectivas y accesibles, diseñadas según las necesidades específicas de cada grupo demográfico.

La figura 19 aborda la tasa de suicidio en Colombia durante el 2022, desglosada por género y grupo etario, revela patrones significativos que merecen atención en las estrategias de prevención del suicidio. Los datos muestran que las tasas de suicidio varían considerablemente entre hombres y mujeres, así como entre diferentes grupos de edad.

Figura 19. Tasa de suicidio por género durante el 2022 en Colombia



Fuente: Departamento Nacional de Planeación (2023).

En los grupos de edad más jóvenes (5-19 años), se observa que los hombres tienen tasas de suicidio relativamente bajas en la infancia, pero estas tasas aumentan notablemente durante la adolescencia. La tasa más alta en este rango es de 6.36 por 100 000 habitantes en el grupo de 14 a 17 años. En comparación, las tasas de suicidio entre las mujeres jóvenes son más bajas, con el pico más alto también en el grupo de 14 a 17 años, alcanzando 2.26 por 100 000 habitantes. Esto podría indicar diferencias en la forma en que los problemas de salud mental y las presiones sociales afectan a los jóvenes de diferentes géneros.

En el rango de los jóvenes adultos (20-34 años), las tasas de suicidio en hombres continúan siendo elevadas, con un notable incremento en los grupos de 18 a 19 años y de 20 a 24 años, donde las tasas alcanzan 5.18 y 4.93 por 100 000 habitantes, respectivamente. Para las mujeres, aunque las tasas también aumentan en este rango de edad, siguen siendo más bajas que las de los hombres, con la tasa más alta en el grupo de 25-29 años (2.49 por 100 000 habitantes). Estos datos sugieren que la transición a la adultez y las presiones asociadas, como las responsabilidades económicas y las expectativas sociales, pueden tener un impacto considerable en los jóvenes adultos.

En los adultos (35-59 años), las tasas de suicidio en hombres se mantienen altas, alcanzando un pico en el grupo de 55 a 59 años con 11.73 por 100 000 habitantes. Para las mujeres en este rango de edad, aunque las tasas son más bajas comparadas con los hombres, se observa un incremento gradual con la edad, siendo el más alto en el grupo de 55 a 59 años con 1.85 por 100 000 habitantes. Este incremento puede estar relacionado con factores como el estrés laboral, problemas de salud crónicos y el inicio de la menopausia.

Los adultos mayores (60 años y más) muestran un aumento significativo en las tasas de suicidio, especialmente entre los hombres. Las tasas más altas se registran en los grupos de 70 a 74 años (15.21 por 100 000 habitantes) y 80 años o más (15.49 por 100 000 habitantes). En las mujeres mayores, aunque las tasas también aumentan, no alcanzan los niveles observados en los hombres. Este incremento en los adultos mayores sugiere que factores como el aislamiento social, los problemas de salud y la pérdida de seres queridos juegan un papel crucial en esta etapa de la vida.

El análisis de la tasa de suicidio en Colombia durante 2022 destaca la importancia de enfoques específicos por género y edad en las estrategias de prevención. Las diferencias observadas entre los grupos demográficos subrayan la necesidad de considerar las características y necesidades únicas de cada grupo para desarrollar programas de prevención y apoyo más efectivos.

La gestión psicosocial frente a las políticas públicas sobre el suicidio y la salud mental

Las políticas de prevención del suicidio en los sistemas de salud pública desempeñan un papel crucial en la gestión psicosocial, actuando como un sistema de respuesta integral para abordar esta grave problemática. Estas políticas están diseñadas para proporcionar un marco estructurado que coordine esfuerzos entre diversos sectores, incluyendo la salud, la educación y los servicios sociales, con el objetivo de reducir las tasas de suicidio. Una de las estrategias clave es la implementación de programas de capacitación para profesionales de la salud y la comunidad en general, que permitan la identificación temprana de individuos en riesgo y la intervención oportuna.

La gestión psicosocial en el marco de la política pública de salud mental en Colombia se centra en integrar un enfoque basado en derechos humanos, atención integral y colaboración intersectorial para enfrentar los desafíos relacionados con la salud mental. La Política Nacional de Salud Mental, implementada a través de la Resolución 4886 de 2018, proporciona una estructura estratégica para promover la salud mental y prevenir trastornos mentales, incluido el suicidio.

Esta política enfatiza la creación de programas de promoción que fortalezcan las habilidades psicosociales tanto a nivel individual como colectivo, fomentando la cohesión social y promoviendo entornos saludables y resilientes. También busca conectar los

sistemas y servicios de salud mental con iniciativas comunitarias, promoviendo la rehabilitación y la inclusión social dentro de la comunidad.

El enfoque psicosocial en este contexto implica una atención centrada en la persona, considerando los contextos y factores sociales, económicos y culturales que influyen en la salud mental. La política aboga por un enfoque integral que abarque la prevención, el tratamiento y la rehabilitación de los trastornos mentales, así como la intervención temprana y el apoyo comunitario para reducir el estigma y mejorar el acceso a los servicios de salud mental. Además, destaca la importancia de la colaboración entre diferentes sectores para implementar estrategias efectivas en la promoción de la salud mental y la prevención del suicidio.

La gestión psicosocial desempeña un papel fundamental en el macroproyecto de la política pública de salud mental en Colombia, especialmente en relación con la prevención del suicidio. Según la Política Nacional de Salud Mental, la integración de un enfoque psicosocial permite una atención integral que considera no solo los factores individuales, sino también los contextos sociales, económicos y culturales que influyen en la salud mental de las personas.

Este enfoque se centra en promover la salud mental a través de programas de promoción y prevención que fortalecen las habilidades psicosociales individuales y colectivas, fomentan la cohesión social y gestionan entornos saludables y resilientes. La política también enfatiza la importancia de la intervención temprana y el acceso equitativo a servicios de salud mental, incluyendo la identificación y atención de personas en riesgo de suicidio.

Además, la política busca reducir el estigma asociado con los trastornos mentales y el suicidio, promoviendo una comprensión más amplia y empática del tema a nivel comunitario. A través de estos esfuerzos, la gestión psicosocial se convierte en una herramienta clave para abordar de manera integral las necesidades de salud mental de la población, garantizar el acceso a recursos adecuados y reducir las tasas de suicidio en Colombia.

La inclusión de la gestión psicosocial como un indicador de cumplimiento desde las administraciones gubernamentales es crucial para el establecimiento de metas efectivas frente a la mitigación del suicidio, los intentos de suicidio y la ideación suicida. Este enfoque permite evaluar de manera integral el impacto de las políticas públicas en la salud mental de la población, garantizando una respuesta coordinada y multifacética a estos desafíos complejos.

Para que la gestión psicosocial funcione como un indicador de cumplimiento, es fundamental definir claramente su alcance y los parámetros a medir. Esto incluye indicadores cuantitativos y cualitativos que evalúen la disponibilidad y accesibilidad de servicios de salud mental, la efectividad de programas de prevención, y la integración de enfoques psicosociales en la atención primaria de salud. Además, es esencial considerar aspectos como la capacitación del personal de salud en técnicas psicosociales, la implementación de programas de educación comunitaria sobre salud mental y la disponibilidad de recursos para la intervención en crisis.

Las administraciones gubernamentales deben establecer metas claras y alcanzables basadas en estos indicadores. Por ejemplo, se pueden incluir metas como la reducción de tasas de suicidio e intentos de suicidio en un porcentaje específico, el aumento del número de profesionales de salud capacitados en gestión psicosocial o la expansión de programas comunitarios de apoyo psicológico. Es fundamental que estas metas sean específicas, medibles, alcanzables, relevantes y limitadas en el tiempo (SMART). El monitoreo y la evaluación son componentes esenciales para garantizar el cumplimiento de las metas establecidas. Las administraciones deben implementar sistemas de seguimiento que recojan datos periódicamente sobre los indicadores de gestión psicosocial. Esto incluye la recopilación de datos sobre la incidencia de suicidios, intentos de suicidio e ideación suicida, así como la evaluación de la efectividad de las intervenciones psicosociales implementadas. La transparencia en la presentación de estos datos es crucial para la rendición de cuentas y para ajustar las políticas según sea necesario.

La gestión psicosocial no debe limitarse exclusivamente al sector salud; debe integrarse en un enfoque intersectorial que involucre áreas clave como la educación, el trabajo social, la justicia y otros sectores relevantes. Esta integración asegura una respuesta más holística y coordinada a los problemas de salud mental, abordando los factores sociales y económicos que contribuyen al riesgo de suicidio. Para lograrlo, las administraciones deben fomentar la colaboración entre diferentes sectores y niveles de gobierno, garantizando una respuesta cohesiva y eficaz.

La participación de la comunidad es un elemento clave en el éxito de la gestión psicosocial como indicador de cumplimiento. Las administraciones deben promover el involucramiento activo de las comunidades en el diseño e implementación de programas de salud mental, empoderando a los individuos y grupos para que se conviertan en agentes de cambio en sus propias comunidades. Esto no solo fortalece la cohesión social, sino que también ayuda a reducir el estigma asociado con los problemas de salud mental y el suicidio. Incluir la gestión psicosocial como un indicador de cumplimiento en las políticas públicas sobre salud mental es fundamental para abordar de manera efectiva la mitigación del suicidio, los intentos de suicidio y la ideación suicida. Esto requiere un enfoque integral

que abarque la definición clara de indicadores, el establecimiento de metas específicas, el monitoreo y la evaluación continuos, la integración intersectorial y la participación comunitaria. Solo a través de un compromiso coordinado y multidimensional se pueden lograr avances significativos en la promoción de la salud mental y la prevención del suicidio.

Investigación como factor continuo y diferencial de la gestión psicosocial para la atención al suicidio

Fomentar la investigación continua es esencial para profundizar en la comprensión de los factores de riesgo y protección relacionados con el suicidio, así como para evaluar la efectividad de las diversas intervenciones implementadas. La investigación en este campo permite identificar y analizar de manera rigurosa los determinantes biológicos, psicológicos, sociales y ambientales que influyen en la conducta suicida. Estos estudios son fundamentales para desarrollar modelos predictivos más precisos que ayuden a identificar a individuos en riesgo y a diseñar intervenciones preventivas más efectivas y personalizadas.

La identificación de factores de riesgo, como antecedentes familiares de trastornos mentales, experiencias de abuso o violencia, trastornos psiquiátricos, problemas económicos y aislamiento social, es clave para la prevención. Al mismo tiempo, es crucial entender los factores de protección, como el apoyo social, la resiliencia personal, el acceso a servicios de salud mental de calidad y la integración comunitaria, que pueden mitigar los efectos de los factores de riesgo. La investigación continua permite actualizar y refinar nuestras comprensiones de estos elementos, permitiendo adaptar las estrategias de prevención a los cambios sociales y culturales.

Evaluar la efectividad de las intervenciones existentes es un componente esencial para mejorar las estrategias de prevención del suicidio. Esto incluye la evaluación de programas de educación y sensibilización, líneas de ayuda, intervenciones en crisis, terapias psicológicas y farmacológicas, y políticas de salud pública. La investigación en este ámbito no solo ayuda a identificar qué enfoques son más efectivos, sino que también permite ajustar y optimizar las intervenciones según los contextos específicos y las necesidades de diferentes poblaciones.

La investigación continua también juega un papel crucial en la identificación de nuevas tendencias en la conducta suicida, como el impacto de la tecnología y las redes socia-

les, así como las consecuencias a largo plazo de eventos globales como la pandemia de COVID-19. Estas áreas emergentes requieren una atención especial para desarrollar intervenciones contemporáneas y relevantes.

Es fundamental que los resultados de la investigación se traduzcan en políticas públicas y prácticas clínicas basadas en evidencia. Esto asegura que los recursos se utilicen de manera eficiente y que las estrategias de prevención sean efectivas y accesibles para todas las personas. Para ello, es clave fomentar una cultura de investigación y colaboración entre académicos, profesionales de la salud, formuladores de políticas y comunidades para avanzar en la prevención del suicidio y mejorar la salud mental a nivel global.

El análisis exhaustivo de la gestión psicosocial en relación con la prevención del suicidio en Colombia, específicamente en el departamento del Tolima, revela una necesidad urgente de implementar políticas públicas más integrales y efectivas. La gestión psicosocial se presenta como una herramienta fundamental para abordar las complejidades asociadas al suicidio, que incluyen factores de riesgo y protección, así como la evaluación de la efectividad de diversas intervenciones. Este enfoque no solo se centra en el individuo, sino que también considera los contextos sociales, económicos y culturales que influyen en la salud mental.

La diferencia en las tasas de suicidio reportadas por fuentes como el DANE y Forensis destaca la importancia de la consistencia y precisión en la recolección de datos. La vigilancia epidemiológica adecuada es crucial para identificar tendencias y posibles subregistros previos, como se evidenció con el significativo aumento de casos reportados a partir de 2016. Este incremento puede atribuirse a una serie de factores, entre ellos el aumento en la vigilancia, pero también a factores contextuales como problemas económicos, conflictos familiares y personales, y la falta de acceso a servicios de salud mental. La pandemia de COVID-19 exacerbó estas tendencias, subrayando la importancia de contar con sistemas de respuesta robustos y accesibles para enfrentar crisis de salud mental.

La inclusión de la gestión psicosocial como un indicador de cumplimiento por parte de las administraciones gubernamentales es esencial para establecer metas claras y alcanzables en la mitigación del suicidio. Este enfoque permite evaluar de manera integral el impacto de las políticas públicas, asegurando una respuesta coordinada y multifacética. La definición clara de indicadores, el establecimiento de metas específicas y el monitoreo y evaluación continuos son fundamentales para garantizar el éxito de las intervenciones. Además, la integración intersectorial, que involucra sectores como la educación y los servicios sociales, es crucial para abordar los factores subyacentes de manera holística.

La investigación continua es otro pilar fundamental en la gestión psicosocial del suicidio. Profundizar en la comprensión de los factores de riesgo y protección, así como evaluar la efectividad de las intervenciones, permite desarrollar estrategias más precisas y adaptadas a las necesidades de la población. La investigación ayuda a identificar tendencias emergentes y a adaptar las intervenciones a contextos cambiantes, como los efectos a largo plazo de la pandemia de COVID-19 o el impacto de las redes sociales en la salud mental.

El contexto del departamento del Tolima ofrece un caso de estudio significativo. El aumento en las tasas de suicidio en esta región, particularmente desde 2016, destaca la necesidad de intervenciones específicas y adaptadas a las realidades locales. Factores como la violencia doméstica, el acceso limitado a servicios de salud mental y la estigmatización cultural de los problemas mentales contribuyen a la situación. La gestión psicosocial debe abordar estas áreas mediante la creación de programas de promoción de la salud mental, la capacitación de personal de salud y la sensibilización comunitaria para reducir el estigma.

Consideraciones finales de la gestión psicosocial frente al suicidio y el intento de suicidio en Colombia

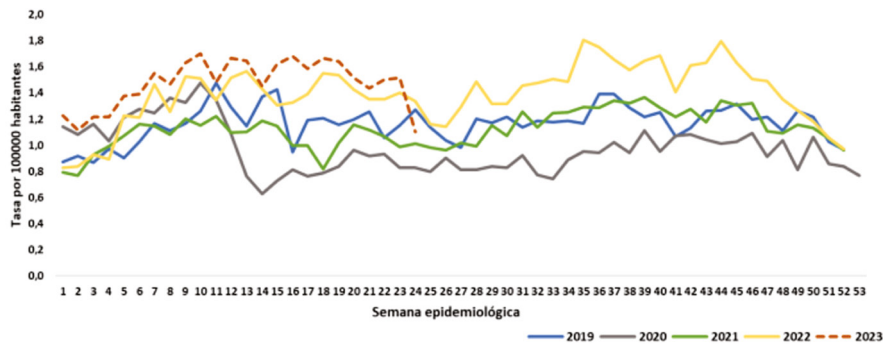
La gestión psicosocial en relación con el suicidio y el intento de suicidio en Colombia es un campo de creciente importancia que requiere un análisis detallado y completo. Con un aumento notable en las tasas de suicidio en los últimos años, exacerbado por factores como la pandemia de COVID-19, es crucial evaluar las estrategias actuales y explorar nuevas intervenciones. Las consideraciones finales de este tema se centran en la necesidad de un enfoque integral y coordinado que abarque la prevención, intervención y postvención, teniendo en cuenta los diversos factores sociales, económicos y culturales que afectan a la población. Para Gómez et al. (2022), esta discusión se enfocará en los logros, desafíos y recomendaciones para mejorar la efectividad de la gestión psicosocial, con el objetivo de reducir las tasas de suicidio y apoyar a las personas y comunidades afectadas.

Ticora (2019) refiere que, en la población adolescente en Colombia, el comportamiento suicida se manifiesta a través de una verbalización de la gestión que realiza quien padece situaciones que afectan su comportamiento, sus acciones y su desarrollo integral:

Es como si la vida se tratara de un juego que tiene por dinámica hacer parte de dos divisiones: la vida imaginaria y la vida real; la coyuntura con alguna de las divisiones o entre las mismas, genera la sensación de ya no querer hacer parte de ninguna de las dos, la evitación del sufrimiento termina por convertirse en el acto de quitarse la vida; es decir, terminar el juego de manera voluntaria. Desde lo psicosocial: se comprende la manera en que la violencia, sea física o simbólica, desde la estructura social permite actos autodestructivos por parte de los individuos que la conforman. El suicidio es causal de la afectación por las formas de dirigir y por coyunturas originadas en las familias (p.14).

En las consideraciones finales de la gestión psicosocial frente al suicidio y el intento de suicidio en Colombia, se destaca la importancia de abordar tanto los factores individuales como los contextos sociales y familiares que contribuyen a este fenómeno. La violencia, ya sea física o simbólica, dentro de la estructura social puede fomentar comportamientos autodestructivos, especialmente entre los adolescentes. Es fundamental entender cómo la percepción de una vida dual entre lo imaginario y lo real puede llevar a los jóvenes a experimentar sentimientos de desconexión y desesperanza. La gestión psicosocial debe enfocarse en brindar apoyo integral, considerando no solo las necesidades emocionales de los individuos, sino también las dinámicas familiares y sociales que los rodean, para prevenir el suicidio y mejorar el bienestar general.

Figura 20. Comportamiento de la tasa de incidencia de intento de suicidio por semana epidemiológica, Colombia, semanas 01 a 24 de 2019 a 2023



Fuente: Instituto Nacional de Salud (INS) y Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE) (2019-2023).

La tasa de intentos de suicidio en Colombia se presenta por cada 100 000 habitantes, desglosada por semanas epidemiológicas y abarcando los años 2019, 2020, 2021, 2022 y parcialmente 2023. Cada línea de color representa un año, permitiendo observar las

variaciones y tendencias a lo largo del tiempo. Durante 2019, se muestra un patrón relativamente estable con fluctuaciones menores. Las tasas comienzan a aumentar hacia la semana 10, alcanzan un pico alrededor de la semana 14 y luego muestran una tendencia general a la baja, con algunas fluctuaciones hasta el final del año.

Sin embargo, en 2020, cuando se desató la pandemia, el comportamiento fue diferente. Las tasas comienzan bajas y aumentan notablemente a partir de la semana 12, coincidiendo con el inicio de las medidas de confinamiento en muchos lugares. Después de alcanzar un pico alrededor de la semana 17, la tasa se mantiene relativamente alta durante todo el año, con algunas oscilaciones.

En 2021, las tasas de intento de suicidio muestran un patrón más irregular. Se observa un aumento temprano hasta la semana 10, seguido de una disminución y un nuevo aumento alrededor de la semana 30. Las tasas se mantienen relativamente altas durante la segunda mitad del año.

En 2022, se presentan las tasas más elevadas en comparación con los años anteriores. La tasa de intentos de suicidio aumenta significativamente a partir de la semana 10, alcanzando un máximo alrededor de la semana 20 y manteniéndose alta, con picos y valles hasta el final del año.

Hasta la semana 24 del año 2023, se observa un patrón ascendente temprano, similar a los años anteriores, pero con tasas generales más altas. Dado que los datos no están completos para este año, es difícil hacer una evaluación final, pero las tendencias iniciales indican un posible aumento en comparación con años anteriores.

Observaciones generales respecto al comportamiento del suicidio en Colombia

Impacto de la pandemia

El impacto de la pandemia de COVID-19 en las tasas de intento de suicidio ha sido significativo, con un aumento notable en 2020 que coincidió con el inicio de la pandemia. Este incremento se puede atribuir a una combinación de factores estresantes desencadenados por la crisis sanitaria global. Entre estos factores se incluyen el aislamiento social debido a las cuarentenas y restricciones de movilidad, la incertidumbre económica provocada por la pérdida de empleo o la disminución de ingresos, y el aumento del estrés y la ansiedad relacionados con la salud y el bienestar personal y de los seres queridos.

Estos elementos exacerbaron problemas de salud mental preexistentes y generaron nuevas tensiones para muchos individuos, llevando a un incremento en los intentos de suicidio. Además, el impacto de la pandemia parece haberse extendido hasta 2021, ya que las tasas permanecieron altas en comparación con 2019, lo que sugiere un efecto prolongado de la crisis en la salud mental de la población.

Tendencias ascendentes y picos

Las tendencias ascendentes y los picos observados en las tasas de intento de suicidio a lo largo de los años analizados revelan patrones estacionales o relacionados con eventos específicos. Se ha notado que las tasas tienden a aumentar en las primeras semanas del año, alcanzando picos entre las semanas 10 y 20. Esto podría estar asociado con el estrés post festividades, un periodo en el que muchas personas experimentan una caída en el ánimo tras las celebraciones de fin de año y enfrentan la realidad de nuevas expectativas y desafíos para el año entrante. Además, factores estacionales como el cambio en las condiciones climáticas también pueden influir en el estado de ánimo y los comportamientos de las personas, contribuyendo a este aumento.

Consistencia de datos

En cuanto a la consistencia de datos, la falta de datos completos para 2023 dificulta una comparación exhaustiva y precisa con años anteriores. No obstante, las tendencias iniciales de 2023 sugieren que este año podría continuar la tendencia ascendente observada en 2022. La recopilación de datos completos y precisos es esencial para entender mejor las fluctuaciones en las tasas de intento de suicidio y para diseñar intervenciones más efectivas. Sin una base de datos sólida y consistente, es difícil evaluar con precisión la efectividad de las políticas y programas implementados para prevenir el suicidio y apoyar a quienes están en riesgo. Es crucial que los sistemas de salud pública se centren en mejorar la vigilancia epidemiológica y la recolección de datos para informar futuras estrategias de prevención y respuesta.

CONCLUSIONES

El suicidio es una problemática de salud mental a nivel mundial y el contexto nacional y local no son la excepción. Los casos de suicidio en el planeta tienen una tasa estable, con una tendencia al incremento en jóvenes y adolescentes. Sin embargo, también se registran cifras significativas en personas mayores de setenta años, donde las conductas suicidas pasivas están presentes, pero no han sido suficientemente investigadas, debido al solapamiento que tienen con la presencia de enfermedades físicas y neuropsiquiátricas graves.

Además, la depresión parece estar subdiagnosticada, posiblemente por las razones mencionadas. La OMS y la PAHO destacan los esfuerzos para la prevención en edades tempranas y tardías, así como la necesidad de incrementar la capacidad de prevención en estas franjas de edades específicas.

Una de las formas de comprender la problemática es definir con claridad los conceptos que comprenden la conducta suicida y sus componentes, los cuales pueden pasar desapercibidos en una mirada superficial. La conducta suicida se compone de un espectro que va desde las conductas autolesivas no suicidas hasta la muerte por suicidio. Esta postura permite analizar desde distintas variables de riesgo a nivel psicopatológico, así como la interacción de factores de vulnerabilidad y estrés que convergen en una explicación plausible de la conducta suicida en el Tolima, un departamento de Colombia donde los casos de suicidio representan el 4.65 % de las muertes en el país.

Las personas del departamento que fallecieron por suicidio en 2019 (según los últimos reportes del INMLCF) eran en su mayoría jóvenes entre 20 y 24 años, con educación primaria o secundaria; estado civil en unión libre, solteros o casados, y con antecedentes de enfermedad física y mental. Los métodos más utilizados fueron la asfixia, el uso de armas de fuego y los politraumatismos por caídas desde alturas. Se observó un incremento de casos en los meses de junio, marzo y septiembre, principalmente los jueves y domingos. La mayor frecuencia de casos, en relación con la cantidad poblacional, se registró en la capital, Ibagué, seguida por Mariquita, Cajamarca y el Espinal.

En los resultados de la investigación, a nivel sociodemográfico, se encontró que la edad no es un factor de riesgo para la población del Tolima. Sin embargo, a nivel descriptivo se observó un sesgo en los datos hacia las edades menores, en concordancia con las estadísticas mundiales. Estos hallazgos sugieren que la distribución de los casos en esta población abarca diferentes franjas de edad y no se ajustan a un grupo de edades específicas. Este aspecto deberá ser investigado en futuros estudios, dado que la edad

puede ser un factor de riesgo significativo en la adolescencia y en la tercera edad, lo que ha despertado el interés de muchos epidemiólogos y psicólogos expertos en el tema.

En cuanto al sexo, las variaciones tampoco resultaron estadísticamente significativas, lo que sugiere que la condición masculina o femenina no es determinante en la condición de riesgo suicida, ideación suicida, desesperanza o depresión en el Tolima. Es sabido que los mayores niveles de riesgo y capacidad predictiva se presentan en los varones adultos; sin embargo, las estadísticas sobre intentos o ideación pueden variar entre hombres y mujeres sin una varianza estadísticamente significativa que indique una tendencia hacia un sexo en particular en la muestra del Tolima.

Con respecto a otras variables de riesgo documentadas, como la ocupación, el estado civil, el estrato socioeconómico y el nivel educativo, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas. Se asumió que factores metodológicos, como los tamaños muestrales o la sensibilidad de los estadísticos usados para los contrastes, pudieron afectar los hallazgos. En este punto, se considera relevante que en futuros estudios se tengan en cuenta estas variables en un modelo.

Adicionalmente, se analizaron otros factores asociados a la presencia de ideación suicida, derivados de padecer problemas de pareja, dificultades económicas y enfermedades crónicas. Esta última variable no obtuvo evidencias estadísticas de asociación. Se encontraron asociaciones entre las diferentes manifestaciones de maltrato, tanto físico, psicológico como sexual, siendo el primero el de mayor capacidad predictiva de riesgo suicida. Por último, se analizaron, en términos de riesgo, la insatisfacción laboral o escolar, la muerte de personas cercanas, el poseer problemas legales y el hecho de tener una persona cercana con historia de muerte por suicidio. En esta prueba, únicamente el problema legal no resultó estadísticamente significativo.

Posteriormente, para llevar a cabo un análisis multivariado de la conducta suicida en el Tolima, se revisaron en primer lugar las estructuras factoriales de los instrumentos correspondientes a las variables de mayor capacidad explicativa de la conducta suicida: riesgo suicida, ideación suicida, desesperanza y depresión. Se realizó un análisis del constructo “riesgo suicida”, a partir del cual, mediante las evidencias de validez de constructo, se sugirió que debe entenderse como una sola dimensión. Esta hipótesis fue verificada en un modelo factorial confirmatorio, el cual puede servir como una propuesta de adaptación de la Escala de Riesgo Suicida (ERS) a la población del Tolima.

En cuanto al constructo de la ideación suicida, se analizaron dos escalas: una derivada del PANSI, que evalúa sus factores de riesgo y protección a partir de ítems de ideación suicida, y la escala IS del IDIS, un instrumento diseñado para el estudio de la conducta

suicida a partir de la teoría cognitiva del suicidio. Los resultados psicométricos mostraron ajustes favorables para los constructos de ideación suicida positiva y negativa del PANSI, mientras que la escala IS del IDIS obtuvo también ajustes adecuados para la medición unidimensional de la ideación suicida, lo que los hace, a su vez, viables para su uso en la población tolimense.

En la medida de desesperanza, evaluada mediante la escala DS del IDIS, se encontró evidencia de una estructura unidimensional favorable, lo que la hace recomendable para medir este constructo en la población local. Cercano teóricamente a este test, se llevó a cabo el análisis de la escala de autorreporte de depresión de Zung (SDS); dado que los reportes previos sobre su calidad psicométrica han sido inconsistentes, se resolvió llevar a cabo un análisis exploratorio en el que se identificaron las dos dimensiones principales de la depresión reportadas originalmente: el factor fisiológico y el factor psicológico. Al respecto, se recomendó realizar estudios posteriores que den cuenta de la capacidad psicométrica de la SDS en otras muestras para así recomendar su uso masivo en la población del Tolima luego de realizar análisis confirmatorios de la estructura psicométrica obtenida en el estudio.

En la última parte del estudio, se analizaron las capacidades predictivas de diversas variables psicopatológicas que pueden hacer parte de un modelo de vulnerabilidad del riesgo suicida. Se encontraron indicadores favorables de la depresión como predictores significativos del riesgo suicida; igualmente, se obtuvo que la ideación suicida es uno de los factores de riesgo más relevantes para el estudio de la conducta suicida. Se destaca que la desesperanza, pese a su soporte empírico reportado en estudios previos, no fue significativo en el presente estudio. Se exploraron posibles explicaciones para esta discrepancia, argumentando que puede depender de la etapa en la que se encuentra la conducta suicida. Es posible que, en fases tempranas, la desesperanza no represente un riesgo suicida directo, sino que interactúe con otros factores, como la desconexión, el apoyo social percibido, la pertenencia frustrada o la percepción de ser una carga para los demás.

En un modelo final integrador de los hallazgos a nivel psicopatológico, se logró incorporar los síntomas depresivos, la desesperanza, la ideación y el riesgo suicida en un modelo explicativo que captura el 80 % de la varianza total de la conducta suicida. Este es un valor elevado, pese a que no fueron tenidas en cuenta las variables adicionales revisadas en la segunda parte del estudio, las cuales pudieron ser parte de una posible moderación de esta capacidad predictiva. Por ello, se requieren nuevos estudios que

complementen estos hallazgos que se constituyen en una aproximación explicativa de la conducta suicida en el Tolima.

A lo largo de este capítulo, se ha discutido la relevancia de la gestión psicosocial en la prevención y tratamiento del suicidio, especialmente en el contexto colombiano y el departamento del Tolima. La gestión psicosocial es un enfoque integral que considera tanto los factores individuales como los contextos sociales, económicos y culturales que contribuyen a la conducta suicida. Su implementación es fundamental para abordar de manera efectiva uno de los problemas de salud pública más complejos y desafiantes que afecta a diversas poblaciones y que ha tenido una tendencia creciente, particularmente desde el inicio de la pandemia de COVID-19.

El análisis ha revelado que los factores socioeconómicos y contextuales desempeñan un papel significativo en la incidencia de suicidio y los intentos de suicidio en Colombia. La pandemia exacerbó estos problemas al incrementar el aislamiento social, la inseguridad económica y la ansiedad relacionada con la salud. Estos factores no solo aumentaron las tasas de intento de suicidio, sino que también evidenciaron la necesidad de un sistema de salud mental más robusto y accesible. En particular, los datos indican un aumento significativo en los intentos de suicidio entre mujeres y adolescentes, lo que sugiere la necesidad de diseñar intervenciones específicas y adaptadas a las necesidades de cada grupo demográfico.

La gestión psicosocial debe ser vista como una herramienta esencial para mejorar la salud mental de la población. Este enfoque incluye la creación de redes de apoyo social, la promoción de la salud mental y la reducción del estigma asociado con los problemas de salud mental y el suicidio. Además, es crucial la integración de servicios de salud mental en todos los niveles del sistema de salud, garantizando que las personas en riesgo tengan acceso a intervenciones tempranas y eficaces. Las políticas públicas deben reflejar estos objetivos, estableciendo metas claras y medibles para la reducción de las tasas de suicidio y el mejoramiento del bienestar general.

La investigación continua es otro componente clave en la gestión psicosocial, ya que permite identificar nuevos factores de riesgo, evaluar la efectividad de las intervenciones existentes y desarrollar nuevas estrategias adaptadas a las necesidades cambiantes de la población. Esto es particularmente relevante en el contexto colombiano, donde factores culturales y socioeconómicos pueden influir significativamente en la salud mental y el comportamiento suicida.

Es importante que la investigación sea intersectorial, involucrando a académicos, profesionales de la salud, formuladores de políticas y comunidades para asegurar una comprensión holística y una respuesta coordinada.

En el caso específico del departamento del Tolima, los datos han mostrado una tendencia alarmante en el aumento de los intentos de suicidio, especialmente entre las mujeres. Esto resalta la necesidad de intervenciones específicas que consideren las particularidades culturales y socioeconómicas de la región. La violencia doméstica, el acceso limitado a servicios de salud mental y la estigmatización de los problemas de salud mental son factores críticos que deben ser abordados para reducir la incidencia de suicidio en esta región. Programas de educación comunitaria, líneas de ayuda y grupos de apoyo son algunas de las estrategias que pueden ser efectivas en este contexto.

La estigmatización del suicidio y los trastornos mentales sigue siendo un desafío significativo en la gestión psicosocial. Este estigma no solo dificulta que las personas busquen ayuda, sino que también perpetúa la discriminación y el aislamiento social. Las campañas de concienciación pública deben ser una prioridad en las políticas de salud mental, con el objetivo de educar a la sociedad sobre la naturaleza de estos problemas y la importancia de tratarlos con la misma seriedad que cualquier otra condición de salud. Estas campañas deben incluir esfuerzos para desmitificar ideas erróneas y promover una comprensión más compasiva y abierta sobre el suicidio y los trastornos mentales.

Además, la formación y capacitación continua de los profesionales de la salud es crucial para mejorar la detección temprana y el tratamiento de los problemas de salud mental. Los profesionales deben estar equipados con las habilidades y conocimientos necesarios para identificar signos de riesgo suicida, proporcionar intervenciones adecuadas y apoyar a los individuos en momentos de crisis. La formación también debe incluir una comprensión de los factores culturales y socioeconómicos que pueden influir en la salud mental, asegurando así que las intervenciones sean culturalmente sensibles y adecuadas a las necesidades de cada individuo.

La implementación de programas de prevención del suicidio debe ser inclusiva y considerar las diversas experiencias y necesidades de la población. Esto incluye la atención a grupos particularmente vulnerables, como jóvenes, adultos mayores, personas LGBTQ+ y minorías étnicas. Cada uno de estos grupos enfrenta desafíos específicos y factores de riesgo únicos que deben ser abordados a través de estrategias de prevención adaptadas. Por ejemplo, los jóvenes pueden beneficiarse de programas que aborden el acoso escolar y el uso seguro de las redes sociales, mientras que los adultos mayores pueden necesitar apoyo para manejar el aislamiento social y las enfermedades crónicas.

En el ámbito de las políticas públicas, es fundamental que los gobiernos locales y nacionales trabajen juntos para establecer marcos legislativos y regulatorios que apoyen la salud mental y la prevención del suicidio. Esto incluye la asignación de recursos adecuados para los servicios de salud mental, la implementación de programas de educación y sensibilización, y la promoción de la colaboración entre diferentes sectores, como la educación, la justicia y el bienestar social. Además, es crucial que estas políticas sean evaluadas regularmente para asegurar su efectividad y adaptabilidad a las necesidades cambiantes de la población.

La gestión psicosocial también debe abordar la dimensión económica de la salud mental. La pobreza y la desigualdad económica son factores de riesgo significativos para el suicidio, ya que pueden exacerbar problemas de salud mental y limitar el acceso a servicios de apoyo. Las políticas públicas deben incluir medidas para mejorar la equidad en el acceso a servicios de salud mental y abordar los determinantes sociales de la salud, como la vivienda, el empleo y la educación. La inversión en estos sectores no solo mejora la salud mental, sino que también contribuye a una sociedad más justa y equitativa.

Es esencial que la investigación en salud mental y prevención del suicidio sea un componente central de las estrategias nacionales. La investigación proporciona la base para desarrollar políticas informadas y efectivas, identificar nuevas tendencias y factores de riesgo, y evaluar la efectividad de las intervenciones existentes. Además, la investigación debe ser inclusiva y considerar las voces y experiencias de las personas afectadas por el suicidio, asegurando que las estrategias de prevención sean relevantes y efectivas.

EPÍLOGO

A lo largo de las páginas de este libro, hemos explorado una problemática compleja y profundamente humana: la conducta suicida, desde las teorías que intentan explicar este fenómeno hasta la construcción de un modelo predictivo para el departamento del Tolima, cada capítulo ha ofrecido una perspectiva única sobre los factores que contribuyen al riesgo suicida y las posibilidades de intervención. Este epílogo tiene como propósito sintetizar los hallazgos principales, reflexionar sobre las limitaciones y plantear nuevas rutas para la investigación, la acción social y las políticas públicas.

El análisis desarrollado en esta obra destaca que el suicidio no es un acto aislado ni un fenómeno puramente individual, sino una interacción compleja entre factores biológicos, psicológicos, sociales y culturales. Los resultados obtenidos confirman que variables como la desesperanza, la depresión y la ideación suicida son indicadores consistentes del riesgo suicida, mientras que aspectos sociodemográficos como la edad, el género y el nivel socioeconómico influyen en la expresión de este riesgo en contextos específicos.

En particular, el modelo predictivo desarrollado para el Tolima representa un avance significativo en la capacidad de identificar a las poblaciones más vulnerables, ofreciendo una herramienta práctica para los profesionales de la salud mental en la región. Sin embargo, estos hallazgos no están exentos de interrogantes: ¿hasta qué punto las teorías utilizadas, desarrolladas en contextos internacionales, logran capturar las realidades locales de un departamento como el Tolima?

Las dinámicas sociopolíticas de Colombia, marcadas por el conflicto armado, el desplazamiento forzado y la desigualdad estructural, presentan retos para la adaptación de enfoques teóricos que no siempre consideran estas particularidades; a manera de ejemplo, la falta de reconocimiento explícito de los efectos del trauma colectivo en las teorías tradicionales podría limitar su aplicabilidad y efectividad en contextos marcados por altos niveles de violencia y exclusión social.

Otro aspecto crítico que merece atención es el papel de las políticas públicas en la prevención del suicidio. Si bien el modelo predictivo desarrollado en este libro tiene un valor innegable, su efectividad dependerá de la voluntad política y la capacidad institucional para integrarlo en estrategias de salud pública. Por tal razón, se plantean preguntas fundamentales: ¿cómo garantizar que los hallazgos de investigaciones como esta se traduzcan en acciones concretas? ¿Qué mecanismos se necesitan para que las políticas públicas respondan de manera integral y sostenible a las necesidades locales?

¿Cómo articular esfuerzos entre los diferentes actores sociales, incluyendo comunidades, instituciones académicas y gobiernos locales?

Es fundamental reflexionar sobre el lugar de la comunidad en la prevención del suicidio. Los hallazgos de este libro invitan a considerar la importancia de construir redes de apoyo comunitario que no solo identifiquen a las personas en riesgo, sino que también trabajen en la promoción de factores protectores, como el fortalecimiento de la resiliencia, el acceso equitativo a servicios de salud mental y la creación de espacios seguros para la expresión emocional. Este enfoque integrador no solo tiene el potencial de reducir las tasas de suicidio, sino que también contribuye al bienestar general de las comunidades.

En el ámbito académico, esta obra deja abierta la puerta para nuevas investigaciones que exploren los vacíos identificados. Aunque este estudio se centra en el Tolima, ¿cómo varían los factores de riesgo y los modelos predictivos en otras regiones de Colombia? ¿Qué rol juegan las prácticas culturales y las creencias locales en la configuración del riesgo suicida? Estas preguntas abren nuevas líneas de investigación que podrían enriquecer el discurso académico y ofrecer respuestas más específicas a las realidades diversas del país.

Esta obra es un llamado a la acción. Más allá de los datos y los modelos, este libro nos recuerda que detrás de cada estadística hay vidas humanas, familias y comunidades que enfrentan el dolor del suicidio. Es una invitación a ver esta problemática no solo como un desafío clínico, sino como una oportunidad para construir un tejido social más sólido y compasivo. En un mundo cada vez más interconectado, donde las crisis globales y locales amplifican las vulnerabilidades humanas, la prevención del suicidio debe ser una prioridad colectiva.

Este libro es tanto un aporte académico como un acto de compromiso con la salud mental y el bienestar de las comunidades. También es un testimonio del poder de la investigación para iluminar caminos hacia la esperanza, la resiliencia y la transformación social. Que este esfuerzo inspire a otros a continuar explorando, cuestionando y actuando, con la firme convicción de que es posible construir un futuro donde la vida prevalezca sobre la desesperanza.

REFERENCIAS

- Abramson, L. Y., Metalsky, G. I., y Alloy, L. B. (1989). Hopelessness depression: A theory-based subtype of depression. *Psychological Review*, 96(2), 358-372. <https://doi.org/10.1037/0033-295X.96.2.358>
- Acosta, F. J., Vega, D., Torralba, L., Navarro, S., Ramallo-Fariña, Y., Fiuza, D., Hernández, J. L., y Siris, S. G. (2012). Hopelessness and suicidal risk in bipolar disorder. A study in clinically nonsyndromal patients. *Comprehensive psychiatry*, 53(8), 1103-1109. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2012.03.013>
- Aguilera, M., Paz, C., Compañ, V., Medina, J. C., y Feixas, G. (2019). Cognitive rigidity in patients with depression and fibromyalgia. *International journal of clinical and health psychology: IJCHP*, 19(2), 160-164. <https://doi.org/10.1016/j.ijchp.2019.02.002>
- Alderete, A. M. (2006). Fundamentos del análisis de regresión logística en la investigación psicológica. *Evaluar*, 6, 52 - 67. <https://revistas.unc.edu.ar/index.php/revaluar/article/download/534/474>
- Aloba, O., Adefemi, S., y Aloba, T. (2018). Positive and negative suicide ideation (PANSI) inventory: Initial psychometric properties as a suicide risk screening tool among nigerian university students. *Clinical Medicine Insights: Psychiatry*, 9. <https://doi.org/10.1177/1179557317751910>
- Alonso, D., y Tabau, E. (2002). Inferencias bayesianas: Una revisión teórica. *Anuario de Psicología*, 33(1), 25-47. <https://www.raco.cat/index.php/AnuarioPsicologia/article/download/61696/96253>
- American Psychological Association [APA] (2020). *APA Dictionary of Psychology*. <https://dictionary.apa.org/>
- Andover, M. S., y Gibb, B. E. (2010). Non-suicidal self-injury, attempted suicide, and suicidal intent among psychiatric inpatients. *Psychiatry research*, 178(1), 101-105. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2010.03.019>
- Apter A. (2010). Clinical aspects of suicidal behavior relevant to genetics. *European psychiatry: the journal of the Association of European Psychiatrists*, 25(5), 257-259. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2010.01.008>

- Asociación Médica Mundial. (2022). *Declaración de Helsinki de la AMM: Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos*. <https://www.wma.net/es/policies-post/declaracion-de-helsinki-de-la-amm-principios-eticos-para-las-investigaciones-medicas-en-seres-humanos/>
- Avendaño-Prieto, B. L., Toro, R., González, C. J., Mejía Vélez, S., y Hernández-Ortiz, M. (2021). Análisis factorial confirmatorio del inventario de ideación suicida positiva y negativa PANSI con muestras de Colombia y México. *Diversitas*, 17(1). In press. <https://doi.org/10.15332/22563067.6529>
- Avendaño-Prieto, B., Pérez-Prada, M., Vianchá-Pinzón, M., Martínez-Vaquero, L., y Toro, R. (2018). Propiedades psicométricas del inventario de ideación suicida positiva y negativa PANSI. *Revista Evaluar*, 18(1), 27-39. <https://doi.org/10.35670/1667-4545.v18.n1.19767>
- Baertschi, M., Costanza, A., Canuto, A., y Weber, K. (2019). The dimensionality of suicidal ideation and its clinical implications. *International journal of methods in psychiatric research*, 28(1), e1755. <https://doi.org/10.1002/mpr.1755>
- Baiden, P., Mengo, C., Boateng, G. O., y Small, E. (2018). Investigating the association between age at first alcohol use and suicidal ideation among high school students: Evidence from the Youth Risk Behavior Survey. *Journal of Affective Disorders*, 242(1), 60-67. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2018.08.078>
- Baños-Chaparro, J. (2021). Análisis bayesiano de la ideación suicida en adultos peruanos. *MEDISAN*, 25(5), 1158-1170. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=368469246008>
- Baryshnikov, I., Rosenström, T., Jylhä, P., Vuorilehto, M., Holma, M., Holma, I., Riihimäki, K., Brown, G. K., Oquendo, M. A., y Isometsä, E. T. (2020). Role of hopelessness in suicidal ideation among patients with depressive disorders. *The Journal of clinical psychiatry*, 81(2), 19m12866. <https://doi.org/10.4088/JCP.19m12866>
- Beck, A. T. (1967). *Depression: Clinical, experimental, and theoretical aspects*. Harper and Row.
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F., y Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. The Guilford Press.

- Biggs, J. T., Wylie, L. T., y Ziegler, V. E. (1978). Validity of the Zung self-rating depression scale. *The British Journal of Psychiatry*, 132(4), 381-385. <https://doi.org/10.1192/bjp.132.4.381>
- Bossuroy, T., Goldstein, M., Karimou, B., Karlan, D., Kazianga, H., Parienté, W., Premand, P., Thomas, C. C., Udry, C., Vaillant, J., y Wright, K. A. (2022). Tackling psychosocial and capital constraints to alleviate poverty. *Nature*, 605(7909), 291-297. <https://doi.org/10.1038/s41586-022-04647-8>
- Bowersox, N. W., Jagusch, J., Garlick, J., Chen, J. I., y Pfeiffer, P. N. (2021). Peer-based interventions targeting suicide prevention: A scoping review. *American journal of community psychology*, 68(1-2), 232-248. <https://doi.org/10.1002/ajcp.12510>
- Breton, J. J., Labelle, R., Berthiaume, C., Royer, C., St-Georges, M., Ricard, D., Abadie, P., Gérardin, P., Cohen, D., y Guilé, J. M. (2015). Protective factors against depression and suicidal behaviour in adolescence. *Canadian journal of psychiatry. Canadian journal of psychiatry. Revue canadienne de psychiatrie*, 60(2 Suppl 1), S5-S15. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4345848/>
- Byrne, B. M. (2016). *Structural equation modeling with AMOS: Basic concepts, applications, and programming* (3° ed.). Routledge. <https://doi.org/10.4324/9781315757421>
- Cabello, M., Miret, M., Ayuso-Mateos, J. L., Caballero, F. F., Chatterji, S., Tobiasz-Adamczyk, B., Haro, J. M., Koskinen, S., Leonardi, M., y Borges, G. (2019). Cross-national prevalence and factors associated with suicide ideation and attempts in older and young-and-middle age people. *Aging & Mental Health*, 24(9), 1-10. <https://doi.org/10.1080/13607863.2019.1603284>
- Caine, E. D. (2020). Building the foundation for comprehensive suicide prevention-based on intention and planning in a social-ecological context. *Epidemiology and psychiatric sciences*, 29, e69. <https://doi.org/10.1017/S2045796019000659>
- Campo-Arias, A., Díaz-Martínez, L. A., Rueda-Jaimes, G. E., y Barros-Bermúdez, J. A. (2005). Validación de la escala de Zung para depresión en universitarias de Bucaramanga, Colombia. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 34(1), 54-62. <https://www.redalyc.org/pdf/806/80628403005.pdf>
- Canetto, S. S., y Sakinofsky, I. (1998). The gender paradox in suicide. *Suicide & life-threatening behavior*, 28(1), 1-23. <https://doi.org/10.1111/j.1943-278X.1998.tb00622.x>

- Cañón, S.C., y Carmona, J. A. (2018). Ideación y conducta suicidas en adolescentes y jóvenes. *Rev. Pediatra Aten Primaria*, 20(80), 387-395 https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1139-76322018000400014
- Carlyle, K. E., Guidry, J. P. D., Williams, K., Tabaac, A., y Perrin, P. B. (2018). Suicide conversations on Instagram™: contagion or caring? *Journal of Communication in Healthcare*, 11(1), 12-18. <https://doi.org/10.1080/17538068.2018.1436500>
- Castaño Ospina, M. P., y Sánchez Ramírez, L. (2022). Suicidio una realidad en la población adolescente de la ciudad de Ibagué desde el año 2017-2020. *Documentos De Trabajo ECSAH*. <https://hemeroteca.unad.edu.co/index.php/wp/article/view/5942>
- Castro, R. T. A., Anderman, C. P., Glover, V., O'Connor, T. G., Ehler, U., y Kammerer, M. (2017). Associated symptoms of depression: patterns of change during pregnancy. *Archives of women's mental health*, 20(1), 123-128. <http://doi.org/10.1007/s00737-016-0685-6>
- Cavanagh, A., Wilson, C. J., Kavanagh, D. J., y Caputi, P. (2017). Differences in the expression of symptoms in men versus women with depression. *Harvard Review of Psychiatry*, 25(1), 29-38. <https://doi.org/10.1097/hrp.0000000000000128>
- Chan, W. I., Batterham, P., Christensen, H., y Galletly, C. (2014). Suicide literacy, suicide stigma and help-seeking intentions in Australian medical students. *Australasian psychiatry: bulletin of Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists*, 22(2), 132-139. <https://doi.org/10.1177/1039856214522528>
- Chang, H.-J., Lin, C.-C., Chou, K.-R., Ma, W.-F., y Yang, C.-Y. (2009). Chinese version of the positive and negative suicide ideation: Instrument development. *Journal of Advanced Nursing*, 65(7), 1485-1496. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2009.05005.x>
- Chen, Y.-Y., Yip, P. S. F., Tsai, C.-W., y Fan, H.-F. (2012). Media representation of gender patterns of suicide in Taiwan. *Crisis: The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention*, 33(3), 144-150. <https://doi.org/10.1027/0227-5910/a000118>
- Cheng, Q., Li, H., Silenzio, V., y Caine, E. D. (2014). Suicide contagion: A systematic review of definitions and research utility. *PloS one*, 9(9), e108724. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0108724>

- Chu, C., Buchman-Schmitt, J. M., Stanley, I. H., Hom, M. A., Tucker, R. P., Hagan, C. R., Rogers, M. L., Podlogar, M. C., Chiurliza, B., Ringer, F. B., Michaels, M. S., Patros, C., y Joiner, T. E. (2017). The interpersonal theory of suicide: A systematic review and meta-analysis of a decade of cross-national research. *Psychological bulletin*, 143(12), 1313-1345. <https://doi.org/10.1037/bul0000123>
- Chu, J., Lin, M., Akutsu, P. D., Joshi, S. V., y Yang, L. H. (2018). Hidden suicidal ideation or intent among Asian American Pacific Islanders: A cultural phenomenon associated with greater suicide severity. *Asian American Journal of Psychology*, 9(4), 262-269. <https://doi.org/10.1037/aap0000134>
- Chu, J., O'Neill, S. E., Ng, J. F., y Khoury, O. (2022). The cultural theory and model of suicide for youth. In Ackerman, J.P., Horowitz, L.M. (eds) *Youth suicide prevention and intervention: best practices and policy implications* (pp. 99-106). Springer International Publishing. https://doi.org/10.1007/978-3-031-06127-1_11
- Clark, D. A., Beck, A. T., y Alford, B. A. (1999). *Scientific foundations of cognitive therapy and therapy of depression*. John Wiley and Sons.
- Cogollo, Z., Díaz, C. E., y Campo, A. (2006). Exploración de la validez de constructo de la escala de Zung para depresión en adolescentes escolarizados. *Colombia Médica*, 37(2), 102-106. <http://www.scielo.org.co/pdf/cm/v37n2/v37n2a03.pdf>
- Coleman, J. C., y Hendry, L. B. (2003). *Psicología de la adolescencia*. Ediciones Morata.
- Colizzi, M., Lasalvia, A., y Ruggeri, M. (2020). Prevention and early intervention in youth mental health: is it time for a multidisciplinary and trans-diagnostic model for care? *International journal of mental health systems*, 14, 23. <https://doi.org/10.1186/s13033-020-00356-9>
- Cuervo, J. T. R., Rengifo, T. R., Castañeda, J. D., y Hurtado, G. I. V. (2023). *Ciudadanías emergentes en Colombia, una perspectiva humana*. Universidad Nacional Abierta y a Distancia. <https://doi.org/10.22490/9789586519311>
- Cuesta-Revé, D. (2017). Aspectos epidemiológicos del suicidio en adolescentes. *Revista Mexicana de Pediatría*, 84(2), 72-77, <https://www.medigraphic.com/pdfs/pediat/sp-2017/sp172f.pdf>

- Cuijpers, P., de Beurs, D. P., van Spijker, B. A., Berking, M., Andersson, G., y Kerkhof, A. J. (2013). The effects of psychotherapy for adult depression on suicidality and hopelessness: a systematic review and meta-analysis. *Journal of affective disorders*, 144(3), 183-190. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2012.06.025>
- Davoodi, E., Wen, A., Dobson, K. S., Noorbala, A. A., Mohammadi, A., y Farahmand, Z. (2018). Early maladaptive schemas in depression and somatization disorder. *Journal of affective disorders*, 235, 82-89. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2018.04.017>
- De Berardis, D., Olivieri, L., Rapini, G., Serroni, N., Fornaro, M., Valchera, A., Carano, A., Vellante, F., Bustini, M., Serafini, G., Pompili, M., Ventriglio, A., Perna, G., Fraticelli, S., Martinotti, G., y Di Giannantonio, M. (2020). Religious coping, hopelessness, and suicide ideation in subjects with first-episode major depression: An Exploratory study in the real world clinical practice. *Brain sciences*, 10(12), 912. <https://doi.org/10.3390/brainsci10120912>
- De Beurs, D., Fried, E. I., Wetherall, K., Cleare, S., O' Connor, D. B., Ferguson, E., O'Carroll, R. E., y O' Connor, R. C. (2019). Exploring the psychology of suicidal ideation: A theory driven network analysis. *Behaviour research and therapy*, 120, 103419. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2019.103419>
- de Paula, W., Silveira, G., Machado, E. L., y Meireles, A. L. (2020). Prevalence of anxiety, depression, and suicidal ideation symptoms among university students: a systematic review. *Brazilian Journal of health Review*, 3(4), 8739-8756. <https://doi.org/10.34119/bjhrv3n4-119>
- Departamento Nacional de Planeación. (2023). *El suicidio en Colombia: factores diferenciales entre hombres y mujeres*. <https://colaboracion.dnp.gov.co>
- Desseilles, M., Perroud, N., Guillaume, S., Jaussent, I., Genty, C., Malafosse, A., y Courtet, P. (2012). Is it valid to measure suicidal ideation by depression rating scales? *Journal of Affective Disorders*, 136(3), 398-404. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2011.11.013>
- Dhingra, K., Klonsky, E. D., y Tapola, V. (2019). An empirical test of the three-step theory of suicide in U.K. university students. *Suicide & life-threatening behavior*, 49(2), 478-487. <https://doi.org/10.1111/sltb.12437>

- Di Rico, E; Paternain, N., y Galarza (2016). Análisis de la relación entre factores interpersonales y riesgo suicida en adolescentes de la ciudad de Necochea. *Perspectivas en Psicología: Revista de Psicología y Ciencias Afines*, 13(2), 95-106. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=483551472018>
- Eck, M., Scoufflaire, T., Debien, C., Amad, A., Sannier, O., Chan Chee, C., Thomas, P., Vai-va, G., y Fovet, T. (2019). Le suicide en prison: épidémiologie et dispositifs de prévention [Suicide in prison: Epidemiology and prevention]. *Presse medicale (Paris, France: 1983)*, 48(1 Pt 1), 46-54. <https://doi.org/10.1016/j.lpm.2018.11.009>
- Eguíluz, L. (2003). Ideación suicida en los jóvenes: prevención y asistencia. *Revista perspectivas sistémicas*, 78, 3-6.
- Fernández, A. (2015). Conflicto y violencia: Relaciones de género, expresiones culturales y distensiones emocionales. *Rev. Tabula Rasa*, (22), 167-188 <https://www.redalyc.org/pdf/396/39640443009.pdf>
- Flores-Soto, M., Cancino-Marentes, M., y Figueroa-Varela, M. (2018). Revisión sistemática sobre conductas autolesivas sin intención suicida en adolescentes. *Revista Cubana de Salud Pública*, 44(4), 200-216. <http://scielo.sld.cu/pdf/rcsp/v44n4/1561-3127-rcsp-44-04-200.pdf>
- Freeman, A., Mergl, R., Kohls, E., Székely, A., Gusmao, R., Arensman, E., Koburger, N., Hegerl, U., y Rummel-Kluge, C. (2017). A cross-national study on gender differences in suicide intent. *BMC Psychiatry*, 17(1), 234. <https://doi.org/10.1186/s12888-017-1398-8>
- Freiberg-Hoffmann, A., Stover, J. B., de la Iglesia, G., y Fernández-Liporace, M. (2013). Correlaciones policóricas y tetracóricas en estudios factoriales exploratorios y confirmatorios. *Ciencias Psicológicas*, 7(2), 151-164. <http://www.scielo.edu.uy/pdf/cp/v7n2/v7n2a05.pdf>
- Garza, R., Castro, L., y Calderón, S. (2019). Estructura familiar, ideación suicida y desesperanza en el adolescente. *Psicología desde el Caribe*, 36(2), 228-247.
- Gijzen, M., Creemers, D., Rasing, S., Smit, F., y Engels, R. (2018). Evaluation of a multimodal school-based depression and suicide prevention program among Dutch adolescents: design of a cluster-randomized controlled trial. *BMC psychiatry*, 18(1), 124. <https://doi.org/10.1186/s12888-018-1710-2>

- Glenn, C. R., Kleiman, E. M., Kandlur, R., Esposito, E. C., y Liu, R. T. (2022). Thwarted belongingness mediates interpersonal stress and suicidal thoughts: An intensive longitudinal study with high-risk adolescents. *Journal of clinical child and adolescent psychology : the official journal for the Society of Clinical Child and Adolescent Psychology, American Psychological Association, Division 53*, 51(3), 295-311. <https://doi.org/10.1080/15374416.2021.1969654>
- Gómez Mercado, C. A., Restrepo Martínez, D., Estrada Mesa, J. J., y Meza Largo, M. (2022). Variables demográficas y psicosociales asociadas a la ideación suicida en personas con intento de suicidio. *Revista CES Salud Pública y Epidemiología*, 1(2), 18-31. <https://revistas.ces.edu.co/index.php/spe/article/view/6842>
- Gómez, A. S., Núñez, C., Agudelo, M. P., y Grisales, A. M. (2020). Riesgo e ideación suicida y su relación con la impulsividad y la depresión en adolescentes escolares. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación - e Avaliação Psicológica RIDEP*, 54(1), 147-163. <https://doi.org/10.21865/RIDEP54.1.12>
- González Tovar, J., Martín Favela, A. G., y Garza Sánchez, R. I. (2019). Estructura interna de la escala de desesperanza para adultos mayores de México. *Pensamiento Psicológico*, 17(1), 61-72. <https://doi.org/10.11144/Javerianacali.PPSI17-1.eied>
- González, A., Betancur, Á. R., Aristizábal, A., Valencia, J. G., Palacio, C., y Jaramillo, C. L. (2010). Suicidio y género en Antioquia (Colombia): Estudio de autopsia psicológica. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 39(2), 251-267. [https://doi.org/10.1016/s0034-7450\(14\)60250-x](https://doi.org/10.1016/s0034-7450(14)60250-x)
- González, G. L. (2023). La ideación suicida en adolescentes: Estado de la cuestión. *Revista CoPaLa*, 8(17), 114-129. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=668173277015>
- Gournellis, R., Tournikioti, K., Touloumi, G., Thomadakis, C., Michalopoulou, P. G., Christodoulou, C., Papadopoulou, A., y Douzenis, A. (2018). Psychotic (delusional) depression and suicidal attempts: a systematic review and meta-analysis. *Acta psychiatrica Scandinavica*, 137(1), 18-29. <https://doi.org/10.1111/acps.12826>
- Groholt, B., Ekeberg, Ø., y Haldorsen, T. (2006). Adolescent suicide attempters: What predicts future suicidal acts? *Suicide & life-threatening behavior*, 36(6), 638-650. <https://doi.org/10.1521/suli.2006.36.6.638>

- Groholt, B., y Ekeberg, O. (2009). Prognosis after adolescent suicide attempt: Mental health, psychiatric treatment, and suicide attempts in a nine-year follow-up study. *Suicide & life-threatening behavior*, 39(2), 125-136. <https://doi.org/10.1521/suli.2009.39.2.125>
- Guerrero, S. C., y Melo, O. O. (2017). Una metodología para el tratamiento de la multicolinealidad a través del escalamiento multidimensional. *Ciencia en Desarrollo*, 8(2), 9-24. <http://www.scielo.org.co/pdf/cide/v8n2/0121-7488-cide-8-02-00009.pdf>
- Gunnell, D., Appleby, L., Arensman, E., Hawton, K., John, A., Kapur, N., Murad, K., O'Connor, R., y Pirkis, J. (2020). Suicide risk and prevention during the COVID-19 pandemic. *The Lancet Psychiatry*, 7(6), 468-471. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(20\)30171-1](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30171-1)
- Gvion, Y., Horesh, N., Levi-Belz, Y., y Apter, A. (2015). A proposed model of the development of suicidal ideations. *Comprehensive psychiatry*, 56, 93-102. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2014.09.019>
- Gvion, Y., y Apter, A. (2012). Suicide and Suicidal Behavior. *Public Health Reviews*, 34(2). <https://doi.org/10.1007/bf03391677>
- Hagan, C. R., Podlogar, M. C., Chu, C., y Joiner, T. E. (2015). Testing the interpersonal theory of suicide: The moderating role of hopelessness. *International Journal of Cognitive Therapy*, 8(2), 99-113. <https://doi.org/10.1521/ijct.2015.8.2.99>
- Hedegaard, H., Curtin, S. C., y Warner, M. (2020). Increase in suicide mortality in the United States, 1999-2018. *NCHS Data Brief*, (362). <https://stacks.cdc.gov/view/cdc/86670>
- Henriques, G., Beck, A. T., y Brown, G. K. (2003). Cognitive therapy for adolescent and young adult suicide attempters. *American Behavioral Scientist*, 46(9), 1258-1268. <https://doi.org/10.1177/0002764202250668>
- Hermosillo-de-la-Torre, A. E., Méndez-Sánchez, C., y González-Betanzos, F. (2020). Evidence for the Factorial Validity of the Beck Hopelessness Scale in Spanish with Clinical and non-Clinical Samples. *Acta Colombiana de Psicología*, 23(2), 148-158. <http://www.doi.org/10.14718/ACP.2020.23.2.7>
- Heyd, D., y Bloch, S. (2001). La ética del suicidio. En S. Bloch, P. Chodoff y S. Green (Comps.), *La ética en psiquiatría* (pp. 415-432). Triacastela.

- Hirsch, J. K., y Barton, A. L. (2011). Positive social support, negative social exchanges, and suicidal behavior in college students. *Journal of American college health*, 59(5), 393-398. <https://doi.org/10.1080/07448481.2010.515635>
- Holgado-Tello, F. P., Morata-Ramírez, M. A., y Barbero García, M. I. (2018). Confirmatory Factor Analysis of Ordinal Variables: A Simulation Study Comparing the Main Estimation Methods. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 36(3), 601-617. <https://doi.org/10.12804/revistas.urosario.edu.co/apl/a.4932>
- Horwitz, A. G., Berona, J., Czyz, E. K., Yeguez, C. E., y King, C. A. (2017). Positive and negative expectations of hopelessness as longitudinal predictors of depression, suicidal ideation, and suicidal behavior in high-risk adolescents. *Suicide & life-threatening behavior*, 47(2), 168-176. <https://doi.org/10.1111/sltb.12273>
- Horwitz, A. G., Hill, R. M., y King, C. A. (2011). Specific coping behaviors in relation to adolescent depression and suicidal ideation. *Journal of adolescence*, 34(5), 1077-1085. <https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2010.10.004>
- Hu, L., y Bentler, P. M. (1999). Cutoff criteria for fit indexes in covariance structure analysis: Conventional criteria versus new alternatives. *Structural Equation Modeling*, 6(1), 1-55. <https://doi.org/10.1080/10705519909540118>
- Huen, J. M., Ip, B. Y., Ho, S. M., y Yip, P. S. (2015). Hope and hopelessness: The role of hope in buffering the impact of hopelessness on suicidal ideation. *PloS one*, 10(6), e0130073. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0130073>
- Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses [INMLCF]. (2023a). *Forensis 2019: Datos para la vida*. Imprenta Nacional de Colombia.
- Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses [INMLCF]. (2023b). *Forensis 2021: Datos para la vida*. Imprenta Nacional de Colombia.
- Instituto Nacional de Salud (INS) y Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE). (2019-2023). *Datos de vigilancia en salud pública (Sivigila) y proyecciones de población 2018-2070*. Colombia.
- Isometsä, E. (2014). Suicidal behaviour in mood disorders--who, when, and why? *Canadian journal of psychiatry. Revue canadienne de psychiatrie*, 59(3), 120-130. <https://doi.org/10.1177/070674371405900303>

- JASP Team. (2020). *JASP* (Version 0.13.1) [Software de computadora]. <https://jasp-stats.org/faq/how-do-i-cite-jasp/>
- Jiang, W., Hu, G., Zhang, J., Chen, K., Fan, D., y Feng, Z. (2020). Distinct effects of over-general autobiographical memory on suicidal ideation among depressed and healthy people. *BMC Psychiatry*, 20, 501. <https://doi.org/10.1186/s12888-020-02877-6>
- Joiner, T. E. (2005). *Why people die by suicide*. Harvard University Press.
- Joiner, T. E., Steer, R. A., Abramson, L. Y., Alloy, L. B., Metalsky, G. I., y Schmidt, N. B. (2001). Hopelessness depression as a distinct dimension of depressive symptoms among clinical and non-clinical samples. *Behaviour Research and Therapy*, 39(5), 523-536. [https://doi.org/10.1016/s0005-7967\(00\)00024-3](https://doi.org/10.1016/s0005-7967(00)00024-3)
- Junus, A., y Yip, P. (2021). Suicide risk profile and the social convoy: Population-level patterns of the young generation's help-seeking behavior and implications for suicide prevention. *Journal of affective disorders*, 297, 559-569. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2021.10.106>
- Kawashima, Y., Yonemoto, N., Inagaki, M., Inoue, K., Kawanishi, C., y Yamada, M. (2019). Interventions to prevent suicidal behavior and ideation for patients with cancer: A systematic review. *General hospital psychiatry*, 60, 98-110. <https://doi.org/10.1016/j.genhosppsych.2019.07.003>
- Kim, S-Y, Shin, Y-C, Oh, K-S, Shin, D-W, Lim, W-J, Cho, S-J, y Jeon, S-W (2020). Association between work stress and risk of suicidal ideation: A cohort study among Korean employees examining gender and age differences. *Scandinavian Journal of Work Environmental and Health*, 46(2), 198-208. <https://doi.org/10.5271/sjweh.3852>
- King, C. A., Brent, D., Grupp-Phelan, J., Shenoj, R., Page, K., Mahabee-Gittens, E. M., Chernick, L. S., Melzer-Lange, M., Rea, M., McGuire, T. C., Littlefield, A., Casper, T. C., y Pediatric Emergency Care Applied Research Network (PECARN). (2020). Five profiles of adolescents at elevated risk for suicide attempts: Differences in mental health service use. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 59(9), 1058-1068.e5. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2019.10.015>
- Klonsky, E. D. , Saffer, B. Y., y Bryan, C. J. (2018). Ideation-to-action theories of suicide: a conceptual and empirical update. *Current Opinion in Psychology*, 22, 38-43. <https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2017.07.020>

- Klonsky, E. D., y May, A. M. (2015). The Three-Step Theory (3ST): A new theory of suicide rooted in the “ideation-to-action” framework. *International Journal of Cognitive Therapy*, 8(2), 114-129. <https://doi.org/10.1521/ijct.2015.8.2.114>
- Kuzubova, K., Knight, J.R., y Harris, S.K. (2021). Adolescent gender and age differences in religiously and spiritually motivated types of forgiveness and the relationship to depressive symptoms. *Journal of Religion and Health*, 60, 2662-2676. <https://doi.org/10.1007/s10943-021-01217-6>
- Lei, M. K., Berg, M. T., Simons, R. L., y Beach, S. R. (2023). Specifying the psychosocial pathways whereby child and adolescent adversity shape adult health outcomes. *Psychological medicine*, 53(13), 6027-6036. <https://doi.org/10.1017/S003329172200318X>
- Ley 1090 de 2006 (6 de septiembre), por la cual se reglamenta el ejercicio de la profesión de Psicología, se dicta el Código Deontológico y Bioético y otras disposiciones. Diario Oficial 46383.
- Ley 1616 de 2013. (21 de enero), por medio de la cual se expide la ley de salud mental y se dictan otras disposiciones. Diario oficial 48.680.
- Lezama, S. R. (2012). Propiedades psicométricas de la escala de Zung para síntomas depresivos en población adolescente escolarizada colombiana. *Psychologia. Avances de la Disciplina*, 6(1), 91-101. <http://www.scielo.org.co/pdf/psych/v6n1/v6n1a08.pdf>
- Li, C. Q., Zhang, J. S., Ma, S., Lv, R. R., Duan, J. L., Luo, D. M., Yan, X. J., Ma, N., y Song, Y. (2020). Gender differences in self-harm and drinking behaviors among high school students in Beijing, China. *BMC public health*, 20(1), 1892. <https://doi.org/10.1186/s12889-020-09979-6>
- Li, J., Loerbroks, A., y Siegrist, J. (2017). Effort-reward imbalance at work, parental support, and suicidal ideation in adolescents: a cross-sectional study from Chinese dual-earner families. *Safety and health at work*, 8(1), 77-83. <https://doi.org/10.1016/j.shaw.2016.09.003>
- Liu, B. P., Zhang, J., Chu, J., Qiu, H. M., Jia, C. X., y Hennessy, D. A. (2019). Negative life events as triggers on suicide attempt in rural China: A case-crossover study. *Psychiatry Research*, 276, 100-106. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2019.04.008>

- Liu, S. T., Wu, X., Wang, N., Zhao, Q. Q., Xiao, L., Fang, C. K., Yu, Y., Lin, D., y Zhang, L. L. (2020). Serial multiple mediation of demoralization and depression in the relationship between hopelessness and suicidal ideation. *Psycho-Oncology*, 29(8), 1321-1328. <https://doi.org/10.1002/pon.5439>
- Lloret-Segura, S., Ferreres-Traver, A., Hernández-Baeza, A., y Tomás-Marco, I. (2014). El análisis factorial exploratorio de los ítems: Una guía práctica, revisada y actualizada. *Anales de Psicología*, 30(3), 1151-1169. <https://scielo.isciii.es/pdf/ap/v30n3/metodologia1.pdf>
- López, L. C. (2017). Caracterización de riesgo diferencial-demográfico en urgencias psicológicas: intento de suicidio y otros motivos de consulta. *Revista Argentina de Ciencias del Comportamiento*, 9(1), 44-53. <http://dx.doi.org/10.32348/1852.4206.v9.n1.12904>
- López-Aguado, M., y Gutiérrez-Provecho, L. (2019). Cómo realizar e interpretar un análisis factorial exploratorio utilizando SPSS. *REIRE Revista d'Innovació i Recerca en Educació*, 12(2), 1-14. <http://doi.org/10.1344/reire2019.12.227057>
- Lopez-Castroman, J., Olié, E., y Courtet, P. (2014). Stress and vulnerability: a developing model for suicidal risk. In Cannon K., Hudzik T. (eds) *Suicide: Phenomenology and neurobiology* (pp 87-100). Springer, Cham. https://doi.org/10.1007/978-3-319-09964-4_5
- Love, H. A., y Durtschi, J. A. (2021). Suicidal ideation and behaviors in young adults: A latent profile analysis. *Journal of Family Psychology*, 35(3), 345-355. <https://doi.org/10.1037/fam0000786>
- Ma, J., Batterham, P. J., Caele, A. L., y Han, J. (2016). A systematic review of the predictions of the Interpersonal-Psychological Theory of Suicidal Behavior. *Clinical Psychology Review*, 46, 34-45. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2016.04.008>
- Mann, J. J., Waternaux, C., Haas, G. L., y Malone, K. M. (1999). Toward a clinical model of suicidal behavior in psychiatric patients. *The American journal of psychiatry*, 156(2), 181-189. <https://doi.org/10.1176/ajp.156.2.181>
- Mardia, K. V., y Marsall, R. J. (1984). Maximum likelihood estimation of models for residual covariance in spatial regression. *Biometrika*, 71(1), 135-146. <https://doi.org/10.2307/2336405>

- Marty, M. A., Segal, D. L., y Coolidge, F. L. (2010). Relationships among dispositional coping strategies, suicidal ideation, and protective factors against suicide in older adults. *Aging & mental health*, 14(8), 1015-1023. <https://doi.org/10.1080/13607863.2010.501068>
- Millner, A. J., Robinaugh, D. J., y Nock, M. K. (2020). Advancing the understanding of suicide: The need for formal theory and rigorous descriptive research. *Trends in Cognitive Sciences*, 24(9), 704-716. <https://doi.org/10.1016/j.tics.2020.06.007>
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2018). *Boletín de salud mental: Conducta suicida. Subdirección de Enfermedades No Transmisibles*. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/lists/bibliotecadigital/ride/vs/pp/ent/boletin-conducta-suicida.pdf>
- Morshidi, M. I., Chew, P. K., y Suárez, L. (2024). Psychosocial risk factors of youth suicide in the Western Pacific: a scoping review. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 59(2), 201-209. <https://doi.org/10.1007/s00127-023-02529-6>
- Naguy, A., Elbadry, H., y Salem, H. (2020). Suicide: A Précis! *Journal of family medicine and primary care*, 9(8), 4009-4015. https://doi.org/10.4103/jfmpc.jfmpc_12_20
- National Institute of Mental Health [NIMH] (2022). *Suicide. Transforming the understanding and treatment of mental illnesses*. <https://www.nimh.nih.gov/health/statistics/suicide>
- Nock, M. K., Green, J. G., Hwang, I., McLaughlin, K. A., Sampson, N. A., Zaslavsky, A. M., y Kessler, R. C. (2013). Prevalence, correlates, and treatment of lifetime suicidal behavior among adolescents: Results from the National Comorbidity Survey Replication Adolescent Supplement. *JAMA Psychiatry*, 70(3), 300-310. <https://doi.org/10.1001/2013.jamapsychiatry.55>
- Nosova, EA., Spasennikov, B.A., y Aleksandrova, O.Y. (2022). The gender and age differences of persons with suicidal behavior. *Journal of Problems of Social Hygiene, Public Health and History of Medicine*, 30(4), 548-553. <https://doi.org/10.32687/0869-866X-2022-30-4-548-553>
- Nova, R., Hamid, A. Y., y Daulima, N. H. (2019). La experiencia familiar en el cuidado de clientes con riesgo suicida en Indonesia. *Enfermería Global*, 18(53), 445-463. <https://doi.org/10.6018/eglobal.18.1.337751>

- Nurkhodjaev, S., Babarakhimova, S., y Abdullaeva, V. (2020). Early detection and prevention of suicidal behavior in adolescents. *Indian Journal of Forensic Medicine & Toxicology*, 14(4), 7258-7263. <https://doi.org/10.37506/ijfmt.v14i4.12793>
- O'Connor, E., Gaynes, B., Burda, B. U., Williams, C., y Whitlock, E. P. (2013). *Screening for suicide risk in primary care: A systematic evidence review for the U.S. Preventive Services Task Force*. Agency for Healthcare Research and Quality (US). <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23678511/>
- O'Connor, R. C., y Nock, M. K. (2014). The psychology of suicidal behaviour. *The Lancet Psychiatry*, 1(1), 73-85. [https://doi.org/10.1016/s2215-0366\(14\)70222-6](https://doi.org/10.1016/s2215-0366(14)70222-6)
- O'Connor R. C. (2011). Towards an integrated motivational-volitional model of suicidal behaviour. In O'Connor R. C., Platt S., y Gordon J. (eds.), *Int. handbook of suicide prevention: research, policy and practice* (pp. 181-198). John Wiley & Sons.
- O'Connor, R. C., y Kirtley, O. J. (2018). The integrated motivational-volitional model of suicidal behaviour. *Philosophical Transactions of the Royal Society of London. Series B, Biological sciences*, 373(1754), 20170268. <https://doi.org/10.1098/rstb.2017.0268>
- Ong, E., y Thompson, C. (2019). The importance of coping and emotion regulation in the occurrence of suicidal behavior. *Psychological reports*, 122(4), 1192-1210. <https://doi.org/10.1177/0033294118781855>
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2012). *¿Qué estrategias de prevención del suicidio tienen evidencia de efectividad?* Oficina Regional para Europa. https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/168843/HEN-Suicide-Prevention-synthesis-report.pdf
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2014). *Primer informe de la OMS sobre la prevención del suicidio* [Noticia]. <https://www.who.int/news/item/04-09-2014-first-who-report-on-suicide-prevention>
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2022). *Informe mundial sobre salud mental: Transformar la salud mental para todos*. <https://www.who.int/es/publications/item/9789240050860>

- Orri, M., Scardera, S., Perret, L. C., Bolanis, D., Temcheff, C., Séguin, J. R., Boivin, M., Turecki, G., Tremblay, R. E., Côté, S. M., y Geoffroy, M. C. (2020). Mental health problems and risk of suicidal ideation and attempts in adolescents. *Pediatrics*, 146(1), e20193823. <https://doi.org/10.1542/peds.2019-3823>
- Orsolini, L., Latini, R., Pompili, M., Serafini, G., Volpe, U., Vellante, F., Fornaro, M., Valchera, A., Tomasetti, C., Fraticelli, S., Alessandrini, M., La Rovere, R., Trotta, S., Martinotti, G., Di Giannantonio, M., y De Berardis, D. (2020). Understanding the complex of suicide in depression: from research to clinics. *Psychiatry investigation*, 17(3), 207-221. <https://doi.org/10.30773/pi.2019.0171>
- Osman, A., Gutierrez, P. M., Kopper, B. A., Barrios, F. X., y Chiros, C. E. (1998). The positive and negative suicide ideation inventory: development and validation. *Psychological reports*, 82(3 Pt 1), 783-793. <https://doi.org/10.2466/pr0.1998.82.3.783>
- Pan American Health Organization [PAHO/WHO]. (2014). *Self-inflicted youth violence in Latin America and the english-speaking Caribbean*. <https://iris.paho.org/handle/10665.2/53928?locale-attribute=es>
- Pan American Health Organization [PAHO/WHO]. (2014). *Suicide mortality in the Americas*. <https://iris.paho.org/handle/10665.2/53348>
- Payne, S., Swami, V., y Stanistreet, D. L. (2008). The social construction of gender and its influence on suicide: A review of the literature. *Journal of Men's Health & Gender*, 5(1), 23-35. <https://doi.org/10.1016/j.jomh.2007.11.002>
- Pérez Rodríguez, S., Marco Salvador, J. H., y García-Alandete, J. (2017). The role of hopelessness and meaning in life in a clinical sample with non-suicidal self-injury and suicide attempts. *Psicothema*, 29(3), 323-328. <https://doi.org/10.7334/psicothema2016.284>
- Pérez, B. S. A. (1999). El suicidio, comportamiento y prevención. *Revista Cubana Medicina General Integral*, 15(2), 196-217. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_art-text&pid=S0864-21251999000200013
- Picardo, J., McKenzie, S. K., Collings, S., y Jenkin, G. (2020). Suicide and self-harm content on Instagram: A systematic scoping review. *PloS one*, 15(9), e0238603. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0238603>

- Plutchik, R., van Praag, H. M., Conte, H. R., y Picard, S. (1989). Correlates of suicide and violence risk 1: the suicide risk measure. *Comprehensive psychiatry*, 30(4), 296-302. [https://doi.org/10.1016/0010-440x\(89\)90053-9](https://doi.org/10.1016/0010-440x(89)90053-9)
- Pompili, M. (2019). Critical appraisal of major depression with suicidal ideation. *Annals of General Psychiatry*, 18(7), 1-5. <https://doi.org/10.1186/s12991-019-0232-8>
- Pössel, P., y Thomas, S. D. (2011). Cognitive triad as mediator in the hopelessness model? a three-wave longitudinal study. *Journal of clinical psychology*, 67(3), 224-240. <https://doi.org/10.1002/jclp.20751>
- Puiguriguer, J., Miralles, S., Frontera, G., Campillo-Artero, C., y Barceló, M. (2020). Intoxicaciones en la tercera edad. *Revista Clínica Española*, 221(8), 441-447. <https://doi.org/10.1016/j.rce.2020.08.002>
- Qiu, T. Klonsky, E. D., y Klein, D. N. (2017). Hopelessness predicts suicide ideation but not attempts: A 10-year longitudinal study. *Suicide and Life Threatening Behavior*, 47(6), 718-722. <https://doi.org/10.1111/sltb.12328>
- Quiceno, J., y Vinaccia, S. (2013). Calidad de vida, factores salutogénicos e ideación suicida en adolescentes. *Terapia psicológica*, 31(2), 263-271. <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-48082013000200012>
- Quinlan-Davidson, M., Sanhueza, A., Espinosa, I., Escamilla-Cejudo, J. A., y Maddaleno, M. (2014). Suicide among young people in the americas. *Journal of Adolescent Health*, 54(3), 262-268. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2013.07.012>
- Ramírez, Y., Flores, H., Cardona, D., Segura, A., Muñoz, D., Discano, D., Morales, S., Arango, C., y Agudelo, M. (2021). Factores asociados con la ideación suicida del adulto mayor en tres ciudades de Colombia, 2016. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 49(3), 142-153. <https://doi.org/10.1016/j.rcp.2018.09.004>
- Rebolledo Cortés, H. S., Vargas Hurtado, G. I., Vargas Paredes, S. R., Alvarado Rozo, O. A., Covalada Polo, C. F., Rivera Quintero, K., Gutiérrez Osorio, L., Núñez Barrera, O., Campos Ramírez, N., Matar Khalil, S. R., Alba Pinzón, Z. X., Guzmán Díaz, S. M., Solarte Artunduaga, L., Sánchez Ramírez, L., Castaño Ospina, M. P., Oviedo Tovar, N. L., Moreno López, N. M., González Robles, A. C., Castro, E. ... Morales Amézquita, M. A. (Eds.). (2021). *Centro de investigación acción psicosocial comunitaria: un escenario para la construcción de paz* (Vol. 2). Universidad Nacional Abierta ya Distancia.

Resolución 4886 de 2018 (7 de noviembre), por la cual se adopta la Política Nacional de Salud Mental. Diario Oficial 50.770.

Resolución 8430 de 1993 (4 de octubre), por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/RESOLUCION-8430-DE-1993.PDF>

Ribeiro, J. D., Huang, X., Fox, K. R., y Franklin, J. C. (2018). Depression and hopelessness as risk factors for suicide ideation, attempts and death: Meta-analysis of longitudinal studies. *The British Journal of Psychiatry: the journal of mental science*, 212(5), 279-286. <https://doi.org/10.1192/bjp.2018.27>

Richards, N. (2017). Old age rational suicide. *Sociology Compas*, 11(3), e12456. <https://doi.org/10.1111/soc4.12456>

Rogers, M. L., Gallyer, A. J., y Joiner, T. E. (2021). The relationship between suicide-specific rumination and suicidal intent above and beyond suicidal ideation and other suicide risk factors: A multilevel modeling approach. *Journal of psychiatric research*, 137, 506-513. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2021.03.031>

Rogers, M. L., Ringer, F. B., y Joiner, T. E. (2018). The association between suicidal ideation and lifetime suicide attempts is strongest at low levels of depression. *Psychiatry research*, 270, 324-328. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2018.09.061>

Rosa Linares, B. de la. (2024). *Prevención del suicidio y vigilancia de la salud en el ambiente laboral* [Tesis de maestría]. UPC, Escola Politècnica Superior d'Edificació de Barcelona, Departament d'Organització d'Empreses. <http://hdl.handle.net/2117/412594>

Rosebrock, L. E., Arditte-Hall, K. A., Rando, A., Pineles, S. L., y Liverant, G. I. (2019). Rumination and its relationship with thought suppression in unipolar depression and comorbid PTSD. *Cognitive Therapy and Research*, 43, 226-235 <https://doi.org/10.1007/s10608-018-9935-4>

Rubio, G., Montero, I., Jáuregui, J., Villanueva, R., Casado, M. A., Marín, J. J., y Santo-Domingo, J. (1998). Validación de la escala de riesgo suicida de Plutchik en población española. *Archivos de Neurobiología*, 61(4), 307-316. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4539706>

- Ruiz, A. H. Y., Castro, V. A., y Rodríguez, P. M. (2021). Ideación suicida en un adolescente como estudio de caso desde la perspectiva humanista logo terapéutico. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 24(1), 99-121. <https://www.revistas.unam.mx/index.php/rep/article/view/79095>.
- Rush, A. J., y Beck, A. T. (1978). Cognitive therapy of depression and suicide. *American Journal of Psychotherapy*, 32(2), 201-219. <https://doi.org/10.1176/appi.psychotherapy.1978.32.2.201>
- Salamanca, Y., y Siabato, E. (2017). Investigaciones sobre ideación suicida en Colombia, 2010-2016. *Pensando Psicología*, 13(21), 59-70. <https://doi.org/10.16925/pe.v13i21.1714>
- Sánchez-Álvarez, N., Extremera, N., Rey, L., Chang, E. C., y Chang, O. D. (2020). Optimism and gratitude on suicide risk in Spanish adults: Evidence for doubling up or doubling down? *Journal of clinical psychology*, 76(10), 1882-1892. <https://doi.org/10.1002/jclp.22962>
- Sanchez-Gonzalez, J. F., y Perez-Sutil, J. M. (2019). *Estructura factorial de la Escala de Desesperanza de Beck (BHS)*. XI Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología. Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires, Argentina. <https://www.aacademica.org/000-111/152.pdf>
- Santana-Campas, M. A., y Santoyo-Telles, F. (2018). Propiedades psicométricas de la escala riesgo suicida de Plutchik en una muestra de jóvenes mexicanos privados de la libertad. *Avances en Psicología*, 26(1), 57-64. <https://doi.org/10.33539/avpsicol.2018.v26n2.1127>
- Savalei, V., Bonett, D. G., y Bentler, P. M. (2015). CFA with binary variables in small samples: a comparison of two methods. *Frontiers in psychology*, 5, 1515. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2014.01515>
- Schafer, K. M., Kennedy, G., y Joiner, T. (2020). Hopelessness, interpersonal, and emotion dysregulation perspectives on suicidal ideation: Tests in a clinical sample. *Archives of suicide research: official journal of the International Academy for Suicide Research*, 26(3), 1159-1172. <https://doi.org/10.1080/13811118.2020.1859031>

- Schneider, B. H., Sanz Martinez, Y., Koller, S. H., D'Onofrio, P., A Puricelli, D., Lalota, G., y Lu, R. (2020). Hopelessness and shame in relation to suicide attempts by Cuban adolescents. *Transcultural psychiatry*, 59(1), 28-36. <https://doi.org/10.1177/1363461520963924>
- Schönfelder, A., Rath, D., Forkmann, T., Paashaus, L., Stengler, K., Teismann, T., Juckel, G., y Glaesmer, H. (2021). Is the relationship between child abuse and suicide attempts mediated by nonsuicidal self-injury and pain tolerance? *Clinical psychology & psychotherapy*, 28(1), 189-199. <https://doi.org/10.1002/cpp.2501>
- Scott, J., Davenport, T. A., Parker, R., Hermens, D. F., Lind, P. A., Medland, S. E., Wright, M. J., Martin, N. G., Gillespie, N. A., y Hickie, I. B. (2018). Pathways to depression by age 16 years: Examining trajectories for self-reported psychological and somatic phenotypes across adolescence. *Journal of affective disorders*, 230, 1-6. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2017.12.007>
- Serrano Ruiz CP, Olave Chaves J. A. (2017). Factores de riesgo asociados con la aparición de conductas suicidas en adolescentes. *MedUNAB*, 20(2), 139-47. <https://doi.org/10.29375/01237047.2272>
- Shaw, S. (2020). Hopelessness, helplessness and resilience: The importance of safeguarding our trainees' mental wellbeing during the COVID-19 pandemic. *Nurse education in practice*, 44, 102780. <https://doi.org/10.1016/j.nepr.2020.102780>
- Shea, F., y Hurley, E. (1964). Hopelessness and helplessness. *Perspectives of Psychiatric Care*, 2(1), 32-38.
- Shin, S. H., Ko, S. J., Yang, Y. J., Oh, H. S., Jang, M. Y., y Choi, J. M. (2014). Comparison of boys' and girls' families for actor and partner effect of stress, depression and parent-adolescent communication on middle school students' suicidal ideation: Triadic data analysis. *Journal of Korean Academy of Nursing*, 44(3), 317-327. <https://doi.org/10.4040/jkan.2014.44.3.317>
- Simons, K., Van Orden, K., Conner, K. R., y Bagge, C. (2019). Age differences in suicide risk screening and management prior to suicide attempts. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 27(6), 604-608. <https://doi.org/10.1016/j.jagp.2019.01.017>

- Sinniah, A., Oei, T. P., Chinna, K., Shah, S. A., Maniam, T., y Subramaniam, P. (2015). Psychometric properties and validation of the positive and negative suicide ideation (PANSI) inventory in an outpatient clinical population in Malaysia. *Frontiers in psychology*, 6, 1934. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2015.01934>
- Soto-Sanz, V., Castellví, P., Piqueras, J. A., Rodríguez-Marín, J., Rodríguez-Jiménez, T., Miranda-Mendizábal, A., Parés-Badell, O., Almenara, J., Alonso, I., Blasco, M. J., Cebrià, A., Gabilondo, A., Gili, M., Lagares, C., Roca, M., y Alonso, J. (2019). Internalizing and externalizing symptoms and suicidal behaviour in young people: a systematic review and meta-analysis of longitudinal studies. *Acta psychiatrica Scandinavica*, 140(1), 5-19. <https://doi.org/10.1111/acps.13036>
- Steer, R. A., Rissmiller, D. J., Ranieri, W. F., y Beck, A. T. (1993). Dimensions of suicidal ideation in psychiatric inpatients. *Behaviour Research and Therapy*, 31(2), 229-236. [https://doi.org/10.1016/0005-7967\(93\)90090-h](https://doi.org/10.1016/0005-7967(93)90090-h)
- Stewart, S. M., Eaddy, M., Horton, S. E., Hughes, J., y Kennard, B. (2015). The Validity of the Interpersonal Theory of Suicide in Adolescence: A Review. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 46(3), 437-449. <https://doi.org/10.1080/15374416.2015.1020542>
- Stone, D. M., Simon, T. R., Fowler, K. A., Kegler, S. R., Yuan, K., Holland, K. M., Ivey-Stephenson, A. Z., y Crosby, A. E. (2018). Vital Signs: Trends in State Suicide Rates - United States, 1999-2016 and Circumstances Contributing to Suicide - 27 States, 2015. *MMWR. Morbidity and Mortality Weekly Report*, 67(22), 617-624. <https://doi.org/10.15585/mmwr.mm6722a1>
- Tabares, A., Núñez, C., Osorio, M., y Aguirre, A. (2020). Riesgo e ideación suicida y su relación con la impulsividad y la depresión en adolescentes escolares. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación - e Avaliação Psicológica*, 1(54). <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=459664448014>
- Thabrew, H., Fleming, T., Hetrick, S., y Merry, S. (2018). Co-design of eHealth interventions with children and young people. *Frontiers in psychiatry*, 9, 481. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.00481>
- Ticora Ortegon, I. (2019). *El suicidio en adolescentes de Colombia: desde una mirada psicosocial* [Tesis de grado]. Universidad Cooperativa de Colombia, Facultad de Ciencias Sociales, Psicología. <https://hdl.handle.net/20.500.12494/10907>

- Toro, R. (2013). Conducta suicida: consideraciones prácticas para la implementación de la terapia cognitiva. *Psychologia: avances de la disciplina*, 7(1), 93-102. <https://doi.org/10.21500/19002386.1197>
- Toro, R., Avendaño-Prieto, B. L., y Castrillón, D. A. (2016). Design and psychometric analysis of the hopelessness and suicide ideation inventory "IDIS". *International Journal of Psychological Research*, 9(1), 52-63. <https://doi.org/10.21500/20112084.2100>
- Toro, R., González, C., Mejía-Vélez, S., y Avendaño-Prieto, B. (2021). Modelo de riesgo suicida transcultural: Evidencias de la capacidad predictiva en dos países de Latinoamérica. *Ansiedad y Estrés*, 27, 112-118. <https://doi.org/10.5093/anyes2021a15>
- Toro, R., Vianchá-Pinzón, M., Martínez-Vaquero, L., y Pérez-Prada, M. (2018). *Conducta suicida en Boyacá: factores psicosociales y prevención*. Universidad de Boyacá. <https://libros.uniboyaca.edu.co/index.php/editorial-uniboyaca/catalog/book/19>
- Torok, M., Han, J., Baker, S., Werner-Seidler, A., Wong, I., Larsen, M. E., y Christensen, H. (2019). Suicide prevention using self-guided digital interventions: a systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. *The Lancet Digital Health*, 2(1), e25 - e36. [https://doi.org/10.1016/s2589-7500\(19\)30199-2](https://doi.org/10.1016/s2589-7500(19)30199-2)
- Touriño, R., Acosta, F. J., Giráldez, A., Álvarez, J., González, J. M., Abelleira, C., Benítez, N., Baena, E., Fernández, J. A., y Rodríguez, C. J. (2018). Suicidal risk, hopelessness and depression in patients with schizophrenia and internalized stigma. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 46(2), 33-41. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29616711/>
- Tucker, R. P., Hagan, C. R., Hill, R. M., Sligh, M. L., Bagge, C. L., Joiner, T. E., Jr, y Wingate, L. R. (2018). Empirical extension of the interpersonal theory of suicide: Investigating the role of interpersonal hopelessness. *Psychiatry research*, 259, 427-432. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2017.11.005>
- Tucker, R. P., Wingate, L. R., O'Keefe, V. M., Mills, A. C., Rasmussen, K., Davidson, C. L., y Grant, D. M. (2013). Rumination and suicidal ideation: The moderating roles of hope and optimism. *Personality and Individual Differences*, 55(5), 606-611. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2013.05.013>
- Turecki, G., y Brent, D. A. (2016). Suicide and suicidal behaviour. *The Lancet*, 387(10024), 1227-1239. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(15\)00234-2](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(15)00234-2)

- Uddin, R., Burton, N. W., Maple, M., Khan, S. R., y Khan, A. (2019). Suicidal ideation, suicide planning, and suicide attempts among adolescents in 59 low-income and middle-income countries: a population-based study. *The Lancet Child & Adolescent Health*, 3(4), 223-233. [https://doi.org/10.1016/s2352-4642\(18\)30403-6](https://doi.org/10.1016/s2352-4642(18)30403-6)
- Van Orden, K. A., Witte, T. K., Cukrowicz, K. C., Braithwaite, S. R., Selby, E. A., y Joiner, T. E., Jr. (2010). The interpersonal theory of suicide. *Psychological review*, 117(2), 575-600. <https://doi.org/10.1037/a0018697>
- Villalobos-Galvis, F.H. (2010). Validez y fiabilidad del Inventario de Ideación Suicida Positiva y Negativa-PANSI, en estudiantes colombianos. *Universitas Psychologica*, 9 (2), 509-520.
- Wagenmakers, E.-J., Wetzels, R., Borsboom, D., y van der Maas, H. L. J. (2011). Why psychologists must change the way they analyze their data: The case of psi: Comment on Bem (2011). *Journal of Personality and Social Psychology*, 100(3), 426-432. <https://doi.org/10.1037/a0022790>
- Wang, S., Ni, Y., Gong, R., Shi, Y., Cai, Y., y Ma. J. (2020). Psychosocial Syndemic of suicidal ideation: a cross-sectional study among sexually transmitted infection patients in Shanghai, China. *BMC Public Health*, 20, 1314. <https://doi.org/10.1186/s12889-020-09404-y>
- Wang, Y. Y., Jiang, N. Z., Cheung, E. F., Sun, H. W., y Chan, R. C. (2015). Role of depression severity and impulsivity in the relationship between hopelessness and suicidal ideation in patients with major depressive disorder. *Journal of Affective Disorders*, 183, 83-89. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2015.05.001>
- Wegner, D. M., Schneider, D. J., Carter, S. R., y White, T. L. (1987). Paradoxical effects of thought suppression. *Journal of personality and social psychology*, 53(1), 5-13. <https://doi.org/10.1037//0022-3514.53.1.5>
- Wenzel, A., Brown, G. K., y Beck, A. T. (2009). *Cognitive therapy for suicidal patients: Scientific and clinical applications*. American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/11862-000>
- Wittink, M. N., Levandowski, B. A., Funderburk, J. S., Chelenza, M., Wood, J. R., y Pigeon, W. R. (2020). Team-based suicide prevention: lessons learned from early adopters of collaborative care. *Journal of interprofessional care*, 34(3), 400-406. <https://doi.org/10.1080/13561820.2019.1697213>

- Wong, W. H., Kuo, W. H., Sobolewski, C., Bhatia, I., y Ip, P. (2020). The association between child abuse and attempted suicide. *Crisis*, 41(3), 196-204. <https://doi.org/10.1027/0227-5910/a000625>
- World Mental Health [WHO] (2021). *Suicide rate estimates, age-standardized. Estimates by country*. <https://apps.who.int/gho/data/node.main.MHSUICIDEASDR?lang=en>
- Yildiz, M., Orak, U., Walker, M. H., y Solakoglu, O. (2019). Suicide contagion, gender, and suicide attempts among adolescents. *Death studies*, 43(6), 365-371. <https://doi.org/10.1080/07481187.2018.1478914>
- Zhang, L., Yang, Y., Li, M., Zhou, X., Zhang, K., Yin, X., y Liu, H. (2022). The prevalence of suicide ideation and predictive factors among pregnant women in the third trimester. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 22, 266. 1-7. <https://doi.org/10.1186/s12884-022-04590-6>
- Zhang, Y. Y., Lei, Y. T., Song, Y., Lu, R. R., Duan, J. L., y Prochaska, J. J. (2019). Gender differences in suicidal ideation and health-risk behaviors among high school students in Beijing, China. *Journal of global health*, 9(1), 010604. <https://doi.org/10.7189/jogh.09.010604>
- Zung, W. W. (1965). A self-rating depression scale. *Archives of General Psychiatry*, 12(1), 63-70. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1965.01720310065008>



Sello Editorial

Universidad Nacional
Abierta y a Distancia

Sede Nacional José Celestino Mutis

Calle 14 Sur 14-23

PBX: 344 37 00 - 344 41 20

Bogotá, D.C., Colombia

www.unad.edu.co

