



## DESARROLLO Y VALIDACIÓN DEL CUESTIONARIO SIQUE: EVALUACIÓN DE LA IDEACIÓN SUICIDAS EN LA ADOLESCENCIA DESDE UNA APROXIMACIÓN SITUACIONAL

Jorge Manuel Dueñas Rada

**ADVERTIMENT.** L'accés als continguts d'aquesta tesi doctoral i la seva utilització ha de respectar els drets de la persona autora. Pot ser utilitzada per a consulta o estudi personal, així com en activitats o materials d'investigació i docència en els termes establerts a l'art. 32 del Text Refós de la Llei de Propietat Intel·lectual (RDL 1/1996). Per altres utilitzacions es requereix l'autorització prèvia i expressa de la persona autora. En qualsevol cas, en la utilització dels seus continguts caldrà indicar de forma clara el nom i cognoms de la persona autora i el títol de la tesi doctoral. No s'autoritza la seva reproducció o altres formes d'explotació efectuades amb finalitats de lucre ni la seva comunicació pública des d'un lloc aliè al servei TDX. Tampoc s'autoritza la presentació del seu contingut en una finestra o marc aliè a TDX (framing). Aquesta reserva de drets afecta tant als continguts de la tesi com als seus resums i índexs.

**ADVERTENCIA.** El acceso a los contenidos de esta tesis doctoral y su utilización debe respetar los derechos de la persona autora. Puede ser utilizada para consulta o estudio personal, así como en actividades o materiales de investigación y docencia en los términos establecidos en el art. 32 del Texto Refundido de la Ley de Propiedad Intelectual (RDL 1/1996). Para otros usos se requiere la autorización previa y expresa de la persona autora. En cualquier caso, en la utilización de sus contenidos se deberá indicar de forma clara el nombre y apellidos de la persona autora y el título de la tesis doctoral. No se autoriza su reproducción u otras formas de explotación efectuadas con fines lucrativos ni su comunicación pública desde un sitio ajeno al servicio TDR. Tampoco se autoriza la presentación de su contenido en una ventana o marco ajeno a TDR (framing). Esta reserva de derechos afecta tanto al contenido de la tesis como a sus resúmenes e índices.

**WARNING.** Access to the contents of this doctoral thesis and its use must respect the rights of the author. It can be used for reference or private study, as well as research and learning activities or materials in the terms established by the 32nd article of the Spanish Consolidated Copyright Act (RDL 1/1996). Express and previous authorization of the author is required for any other uses. In any case, when using its content, full name of the author and title of the thesis must be clearly indicated. Reproduction or other forms of for profit use or public communication from outside TDX service is not allowed. Presentation of its content in a window or frame external to TDX (framing) is not authorized either. These rights affect both the content of the thesis and its abstracts and indexes.





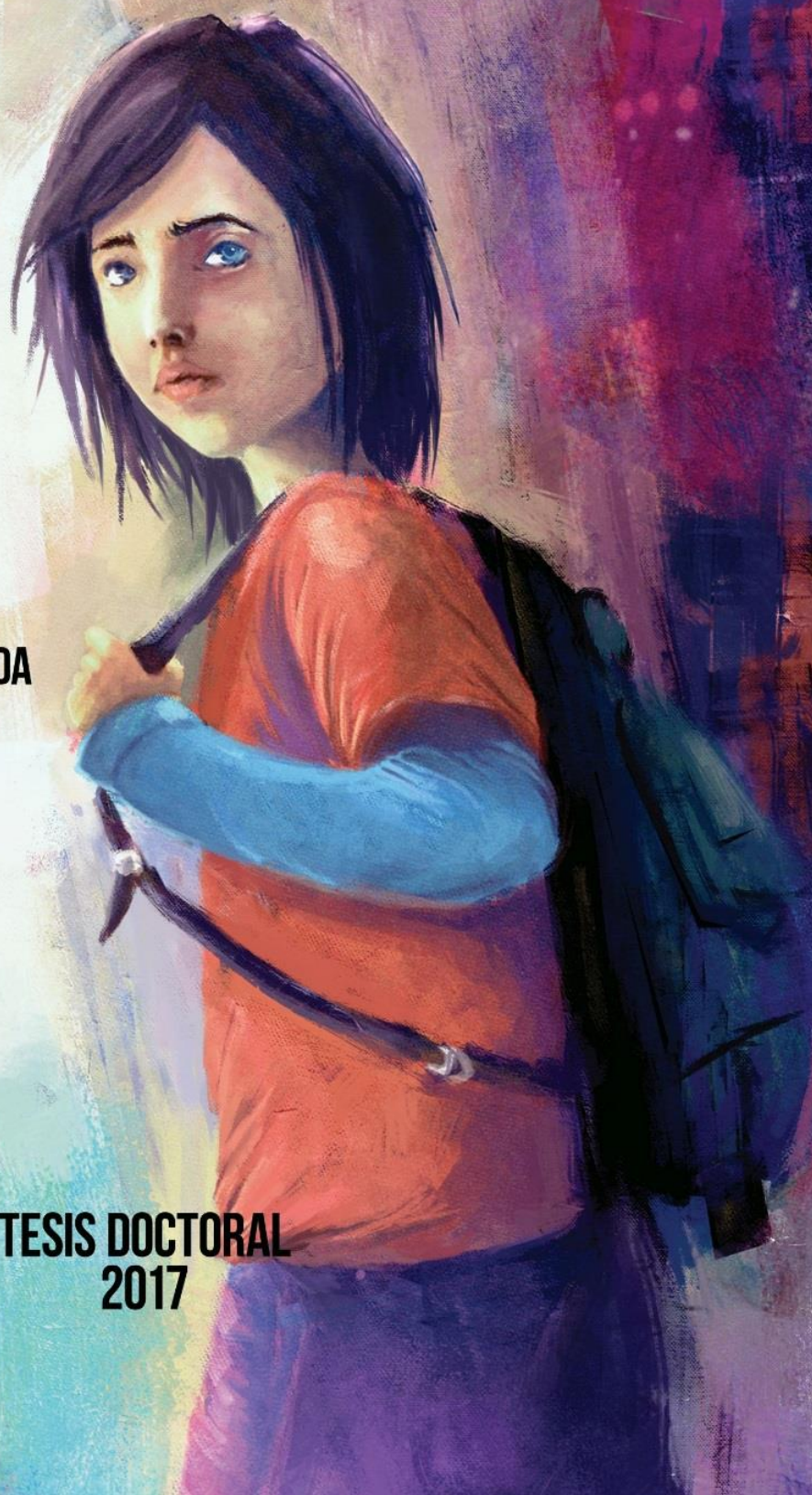
UNIVERSITAT  
ROVIRA I VIRGILI

**DESARROLLO  
Y VALIDACIÓN  
DEL CUESTIONARIO  
SIQUE:**

**EVALUACIÓN DE  
LA IDEACIÓN SUICIDA  
EN LA ADOLESCENCIA  
DESDE UNA APROXIMACIÓN  
SITUACIONAL**

**JORGE MANUEL DUEÑAS RADA**

**TESIS DOCTORAL  
2017**





Jorge Manuel Dueñas Rada

Desarrollo y validación del cuestionario  
SIQUE: evaluación de la ideación suicida en  
la adolescencia desde una aproximación  
situacional

TESIS DOCTORAL

Dirigida por la Dra. Fàbia Morales Vives

Departamento de Psicología



UNIVERSITAT  
ROVIRA I VIRGILI

Tarragona  
2017

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI  
DESARROLLO Y VALIDACIÓN DEL CUESTIONARIO SIQUE: EVALUACIÓN DE LA IDEACIÓN SUICIDAS EN LA ADOLESCENCIA  
DESDE UNA APROXIMACIÓN SITUACIONAL  
Jorge Manuel Dueñas Rada



UNIVERSITAT  
ROVIRA I VIRGILI

DEPARTAMENT DE PSICOLOGIA  
<http://psico.fcep.urv.es>

Carretera de Valls, s/n  
43007 Tarragona  
Tel. +34 977 55 80 75  
Fax +34 977 55 80 88  
a/e: sdpsico@urv.cat

HAGO CONSTAR que este trabajo titulado "Desarrollo y validación del cuestionario SIQUE: evaluación de la ideación suicida en la adolescencia desde una aproximación situacional", que presenta Jorge Manuel Dueñas Rada para la obtención del título de Doctor, ha sido realizado bajo mi dirección en el Departamento de Psicología de esta Universidad.

Tarragona, 30 de mayo del 2017

La directora de la tesis doctoral.

Dra. Fabia Morales Vives

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI  
DESARROLLO Y VALIDACIÓN DEL CUESTIONARIO SIQUE: EVALUACIÓN DE LA IDEACIÓN SUICIDAS EN LA ADOLESCENCIA  
DESDE UNA APROXIMACIÓN SITUACIONAL  
Jorge Manuel Dueñas Rada

## Agradecimientos

Defender mi tesis doctoral es uno de los momentos más esperados de mi vida. Han sido casi cuatro años llenos de aprendizajes, oportunidades y experiencias, donde he tenido la fortuna de conocer y compartir grandes momentos con personas maravillosas. Siempre había escuchado que desarrollar una tesis doctoral era un proceso solitario y aislado. Sin embargo, ese no ha sido mi caso. Este camino no lo he recorrido solo, muchas personas han formado parte de este proyecto.

Quisiera empezar agradeciendo en primer lugar a mi directora de tesis Dra. Fàbia Morales, por confiar en mí y por transmitirme su vocación y entrega por la investigación. Gracias Fàbia por la dedicación y por compartir todos tus conocimientos y sobre todo por tu cercanía. A la Dra. Cori Camp, por su apoyo incondicional. Desde el primer día que llegué al área de psicología evolutiva y de la educación me ha transmitido ese calor humano que le caracteriza, siempre abierta a resolver inquietudes y a darme una voz de esperanza. Gracias Cori, sé que siempre encontraré una sonrisa al llamar a tu puerta. Muchas gracias por mostrarme el fantástico mundo de la psicomotricidad. A la Dra. Inés Tomás, siempre con la palabra adecuada en el momento adecuado, los días en la universidad no hubiesen sido los mismos sin sus visitas “expres” al seminario. A la Dra. Lola García, aunque por cosas de la vida en los últimos dos años no hemos podido coincidir, muchas gracias por hacerme sentir uno más desde el primer día que llegue al área. Al Dr. Urbano Lorenzo por su asesoría metodológica.

También debo agradecer al programa de becas Martí i Franquès y al departamento de psicología de la Universitat Rovira i Virgili sin la beca predoctoral no hubiese sido posible la elaboración de esta tesis.

A mis compañeras de seminario.

Gisela, muchas gracias por compartir este camino conmigo, eres una gran persona y compañera, siempre dispuesta a ayudar, transparente y cercana, espero poder cristalizar todos nuestros proyectos de investigación juntos, que ya se empiezan a acumular.

Elisa, gracias por guiarme en mi llegada a la universidad y por estar disponible cada vez que lo necesité.

También debo dar las gracias a mis compañeros y amigos del departamento de psicología.

Silvia, te conocí por casualidad en los pasillos del departamento y a día de hoy eres una de mis mejores amigas, tu sonrisa y cariño lo soluciona todo, gracias por hacerme parte de tu vida y por demostrarme que puedo contar contigo siempre de manera incondicional.

Román, los días en la universidad no son los mismos sin ti, cada abrazo y consejo han sido de gran ayuda, eres una gran persona y espero tenerte en mi vida siempre como amigo, cada excusa para tomar café era un momento terapéutico.

Santi, muchas gracias por estar disponible siempre que lo he necesitado, eres una gran persona y valoro mucho tu valentía.



Sandra, gracias por las conversaciones y por tu disponibilidad, cada consejo me ha sido de mucha ayuda.

Ainara, nos conocimos en el máster y jamás pensé que te convertirías en esa persona especial que eres en mi vida. Mientras desarrollábamos nuestras tesis, hemos compartido muchos momentos, buenos, regulares y no tan buenos. Pero siempre con una sonrisa, cualquier problema era inmediatamente convertido en una telenovela con un final feliz y si no era feliz, no pasa nada, habían segundas temporadas, tienes un gran corazón, gracias por compartirlo conmigo, quiero tener siempre en mi vida.

Debo agradecer a mi familia por apoyarme y animarme en todos los proyectos de mi vida, tanto personales como profesionales.

A mi abuela Gladis, por ayudarme a ver siempre el lado positivo de la vida. Tienes la capacidad de encontrar siempre una luz cuando todo parece oscuro.

A mis abuelos Sol y Manuel, aunque ya no estén, llevo el recuerdo de sus consejos, "solo el conocimiento te hará independiente".

A mi padre, por mostrarme lo efímera que es la vida.

A Deyna, aunque en los últimos años no hemos estado juntos, cada mensaje de aliento y cariño fueron de gran ayuda en este proceso.

A mi sobrina Juana, escuchar tu admiración hacia mí hace que cada día me esfuerce más.

Ramon, podría escribir de ti la misma cantidad de páginas que en la tesis solo agradeciéndote lo importante que has sido en este proceso y en mi vida. Has estado a mi lado desde la obtención de la beca hasta los días

de depósito. Cuando he creído que todo era demasiado grande para mí, tu sonrisa y palabras me llenaban de tranquilidad y confianza, dándome fuerzas para continuar el camino. Mis metas son las tuyas y las tuyas son las mías. Gracias por apoyarme y estar a mi lado, sobre todo por tu comprensión, han sido momentos duros que has sabido entender. Gracias por ayudarme a volar y compartir cada momento de tristeza, angustia y alegría. Sé que siempre estás ahí de forma incondicional.

Madre, sin tu sacrificio no estaría viviendo un día como el de hoy. Me prometiste que yo iría a la Universidad y que acabaría siendo lo que yo quisiera ser. Lo dejaste todo, emprendiendo un nuevo reto, lejos de tú país, de mí, familiares y amigos, para cumplir tu promesa. Confiaste ciegamente en mí y me enseñaste a creer que no hay límites para los sueños. Gracias madre por ser mi mejor amiga, por compartir mis proyectos, por guiarme en el camino y sobre todo por tu amor incondicional. Jamás tendré palabras para verbalizar lo importante que eres en mi vida.

Por último, pero no por menos importante, quiero agradecer a todos los institutos que me abrieron la puerta y sobre todo a los estudiantes que accedieron a participar en la investigación, sin ustedes esta investigación no hubiese sido posible

## Índice de contenido

Índice de tablas .....	11
Índice de figuras .....	11
Resumen .....	13
CAPÍTULO 1. Introducción teórica .....	15
1.1. Impacto social de la conducta suicida .....	17
1.2. La conducta suicida en diferentes países .....	19
1.2.1. La conducta suicida en España .....	24
1.3. Concepto de suicidio .....	27
1.4. Modelos teóricos sobre el suicidio.....	33
1.4.1. Modelos biológicos .....	33
1.4.2. Modelo sociológico de Durkheim .....	37
1.4.3. Modelos psicológicos.....	42
1.5. Factores sociodemográficos de riesgo suicida.....	68
1.5.1. Diferencias de sexo .....	68
1.5.2. Suicidio y edad .....	72
1.5.3. La influencia del nivel socioeconómico en el suicidio .....	76
1.6. Ideación suicida.....	78
1.6.1. Concepto de ideación suicida .....	84
1.6.2. Predictores de la ideación suicida .....	90
1.6.3. Evaluación psicológica de la ideación suicida .....	119
1.7. Objetivos e hipótesis de la investigación.....	138
CAPÍTULO 2. Método .....	144
2.1. Participantes .....	146
2.2. Instrumentos .....	147

## Desarrollo y validación del cuestionario SIQUE

2.2.1. Suicidal Ideation Questionnaire (SIQUE) .....	147
2.2.3. Test de depression Beck Depression Inventory .....	148
2.2.4. Cuestionario de personalidad Overall Personality Assessment Scale .....	148
2.2.5. Escala de satisfacción con la vida (SWLS) .....	151
2.2.6. Cuestionario de madurez psicológica Phychological Maturity Assessment Scale (PSYMAS).....	152
2.2.7. Cuestionario Indirect aggression scales – Target, versión reducida (IAS-t) .....	153
2.3. Procedimiento.....	155
2.3.1. Procedimiento para la elaboración del Suicidal Ideation Questionnaire SIQUE.....	157
2.4. Análisis de datos.....	159
CAPÍTULO 3. Resultados .....	160
3.1.Resultados de los análisis .....	162
CAPÍTULO 4. Discusión y conclusiones .....	180
4.1. Discusión .....	182
4.1.1. Limitaciones y futuras investigaciones. ....	196
4.2. Conclusiones generales.....	199
REFERENCIAS .....	203
ANEXOS .....	236
Suicidal Ideation Questionnaire (SIQUE).....	237

## Índice de tablas

Tabla 1. Definiciones de ideación suicida.....	86
Tabla 2. Instrumentos de evaluación de la ideación suicida.....	124
Tabla 3. Valores de bondad de ajuste (f), número total de componentes (s) y valores del gráfico de sedimentación (scree test values, st). ....	165
Tabla 4. Puntuaciones de los componentes de reacciones .....	169
Tabla 5. Puntuaciones de los componentes de situaciones.....	171
Tabla 6. Matriz nuclear.....	173
Tabla 7. Correlaciones entre el promedio de las reacciones a lo largo de las situaciones y las puntuaciones totales en los componentes de persona	175
Tabla 8. Correlaciones entre los componentes de persona y las otras variables.....	179

## Índice de figuras

Figura 1. Modelo de Baumeister (1990). ....	47
Figura 2. Modelo del cubo suicida de Shneidman.....	58
Figura 3. Modelo arquitectónico del suicidio según Mack (1986).....	61
Figura 4. Modelo triangular de prevención del suicidio según Cutter (1983) .....	63
Figura 5. Nomenclatura de ideación suicida de O'Carroll et al. (1996) .....	81
Figura 6. Valores de la bondad del ajuste (f), número total de componentes (s) para todas las soluciones posibles, con la línea que representa el límite superior del convex hull.....	165



UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI  
DESARROLLO Y VALIDACIÓN DEL CUESTIONARIO SIQUE: EVALUACIÓN DE LA IDEACIÓN SUICIDAS EN LA ADOLESCENCIA  
DESDE UNA APROXIMACIÓN SITUACIONAL  
Jorge Manuel Dueñas Rada

## Resumen

Los últimos datos publicados por el Instituto Nacional de Estadística (INE) muestran que el suicidio fue la primera causa externa de muerte en España en el año 2015. La ideación suicida puede ser la primera señal de un posible futuro comportamiento suicida, por lo que es importante disponer de instrumentos que permitan evaluar y detectar de forma temprana la ideación suicida para realizar una adecuada prevención de las conductas autolíticas. Considerando la escasez de instrumentos autoadministrados en castellano diseñados específicamente para evaluar la ideación suicida de los adolescentes, el objetivo de esta investigación consiste en desarrollar un nuevo cuestionario, con adecuadas propiedades psicométricas que permita evaluar la ideación suicida en esta población, partiendo de un enfoque situacional. Por ese motivo, el cuestionario desarrollado, denominado SIQUE, incluye 10 situaciones que puede vivir un adolescente con la familia, los amigos, o con desconocidos, algunas positivas y otras negativas. Para cada situación se presentan 9 alternativas de respuesta, algunas vinculadas con la ideación suicida negativa y otras con la ideación suicida positiva. Se administró el cuestionario a una muestra de 435 sujetos con edades comprendidas entre los 15 y los 19 años (53% mujeres). Se llevó a cabo un Análisis de componentes principales de tres vías (ATCV) para determinar cuáles eran los componentes subyacentes a los datos, y también se calcularon correlaciones para evaluar la validez convergente y discriminante del instrumento desarrollado. Los resultados han revelado dos componentes

## Desarrollo y validación del cuestionario SIQUE

de situaciones (estresantes y placenteras) y dos componentes de reacciones (Ideación suicida negativa e Ideación suicida positiva). También se han obtenido las dos dimensiones esperadas en relación a la forma de enfrentarse a las situaciones: Actitud positiva ante la vida y Actitud negativa ante la vida. Además, los resultados muestran que el cuestionario presenta una adecuada consistencia interna y una adecuada validez convergente y discriminante en lo que se refiere a las correlaciones obtenidas con los rasgos de personalidad, la sintomatología depresiva, la satisfacción con la vida y la madurez psicológica.

# **CAPÍTULO 1**

## **Introducción teórica**

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI  
DESARROLLO Y VALIDACIÓN DEL CUESTIONARIO SIQUE: EVALUACIÓN DE LA IDEACIÓN SUICIDAS EN LA ADOLESCENCIA  
DESDE UNA APROXIMACIÓN SITUACIONAL  
Jorge Manuel Dueñas Rada



## **1.1. Impacto social de la conducta suicida**

El suicidio es un problema de salud pública en todo el mundo. Según la Organización Mundial de la Salud, cada año se producen aproximadamente más de 800.000 muertes en el mundo a causa de este problema (OMS, 2014). Concretamente, es la segunda o tercera causa de muerte, en la mayoría de los países, entre la población de 15 a 29 años (Evans, Hawton, y Rodham, 2004; OMS, 2017) y figura entre las causas externas de defunción más importantes en todas las edades. Estas cifras no incluyen los intentos de suicidio, que son hasta 20 veces más frecuentes que los suicidios consumados (OMS, 2012). Además, la cifra real respecto a los intentos de suicidio podría ser aún más alta, teniendo en cuenta que el suicidio es un asunto delicado e incluso ilegal en algunos países, por lo que probablemente no se tiene conocimiento de muchos intentos de suicidio (OMS, 2014).

Los últimos datos publicados por el Instituto Nacional de Estadística Español (INE) muestran que el suicidio fue la primera causa externa de muerte en España en el año 2015, superando las muertes por accidentes de tránsito. Sin embargo, se cree que estas cifras son aún mayores, debido a que no todas las muertes por suicidio se registran como tal (Giner y Guija, 2014). De hecho, se cree que muchas de estas defunciones constan como accidentes en el INE, especialmente si la persona no ha dejado un comunicado donde refleje su intención de cometer suicidio, o si no hay testigos del hecho.

## Desarrollo y validación del cuestionario SIQUE

Estos comportamientos generan un considerable impacto psicosocial, con consecuencias económicas, sociales y emocionales, además de las implicaciones obvias para la salud pública. No solamente afecta al propio individuo, sino que también perjudica a las personas que le rodean. Según la Organización Mundial de la Salud, cada suicidio influye negativamente sobre, al menos, otras seis personas (OMS, 2000). Si el suicidio se produce en el lugar de trabajo o en el ámbito académico, por ejemplo en un instituto o en una facultad, podría tener un impacto sobre cientos de personas, dado que no solamente perjudica al núcleo más básico de la sociedad, la familia, sino que puede afectar a todo el engranaje social que rodea directa e indirectamente al individuo. Por este motivo, esta tesis está centrada en la evaluación de la ideación suicida, concretamente en los adolescentes, dado que la detección temprana de la ideación suicida es un factor clave para la prevención de la conducta suicida.

## 1.2. La conducta suicida en diferentes países

Como se ha comentado, el suicidio es un problema importante en todo el mundo, pero existen diferencias en función de la región y el país. Por ejemplo, el 60% de todos los suicidios que se registran en el mundo tienen lugar en los países asiáticos. A pesar de la gran cantidad de defunciones registradas, la mayoría de países asiáticos no reportan todos los fallecimientos a la OMS, y los que lo hacen, no registran las causas de las muertes de forma precisa, contando solo con datos aportados por la policía y entidades sanitarias, lo que da lugar a un gran sesgo en el momento de cuantificar la magnitud del problema en este continente (Chen, Wu, Yousuf, y Yip, 2012; Wei y Chua, 2008).

Los países asiáticos son muy diferentes entre sí en relación a su nivel de desarrollo social y económico, y también presentan diferencias en otros aspectos que afectan a su idiosincrasia, como la religiosidad. Sin embargo, presentan particularidades propias en la forma de autoinfligirse la muerte, poco frecuentes en Occidente, como son la auto inmolación en protestas religiosas, políticas o sociales, o la intoxicación por la inhalación de monóxido de carbono, sobretudo en áreas rurales (Wu, Chen, y Yip, 2012a). Otros métodos muy comunes en Asia son el ahorcamiento o el envenenamiento por sustancias, especialmente por pesticidas. En cuanto a los casos de suicidio por países, Hong Kong, Japón, Corea del Sur, Sri Lanka y Taiwán registran las tasas relativamente más altas de suicidio en contraste con los países de religión predominantemente musulmana, como Irán,

## Desarrollo y validación del cuestionario SIQUE

Pakistán, Arabia Saudita y Turquía, donde se registran tasas de suicidio más bajas, en parte debido a las duras sanciones legales a la familia del suicida y a la gran estigmatización social (Wu, Chen, y Yip, 2012b).

Respecto a los países africanos, existe poca información estadística sobre los índices de muertes auto-infligidas, y se han realizado pocas investigaciones relacionadas con el suicidio en estas zonas, ofreciendo además resultados contradictorios, debido a la poca información reportada por estos países (Mars, Burrows, Hjelmeland, y Gunnell, 2014). Los datos sugieren que muchos intentos suicidas son ocultados debido a la penalización de estas conductas en algunos de estos países, como Uganda y Ghana, lo que puede facilitar la utilización de métodos más drásticos, que minimicen la posibilidad de supervivencia tras el intento de suicidio (Adinkrah, 2013).

Las conductas suicidas constituyen la principal causa de discapacidad en Estados Unidos, donde cada día mueren 100 personas a causa de estas conductas (Miller, Azrael, y Barber, 2012). Esta realidad supone un coste estimado de 41.2 mil millones de dólares anuales, incluyendo 38.9 mil millones de dólares en pérdidas de productividad y 2.2 mil millones en costes médicos (Crosby, Ortega, Stevens, y Centers for Disease Control, 2013). Según los últimos datos presentados por el «CDC - NCHS - National Center for Health Statistics» (2015), el suicidio entre los jóvenes de 15 a 24 años ha

aumentado más del 200% en los últimos cincuenta años. En el caso de los menores de 15 años, la tasa general de suicidios en los Estados Unidos es el doble de la media de otros países occidentalizados industrializados, y en parte se llevan a cabo con arma de fuego (Miller et al., 2012). Sin embargo, el promedio de suicidio es más alto en la vejez que en el resto de grupos de edad.

En contraste, los países del Caribe Americano, Centro y Sudamérica presentan niveles de suicidios relativamente bajos, aunque hay excepciones en algunos países, como Uruguay, Cuba o Chile, donde existen unas altas tasas de muertes por suicidio que se han ido incrementando cada año. En Uruguay el suicidio es la quinta causa de muerte en edades de 10 a 14 años, afectando a 1.8 individuos por cada 100.000 ciudadanos, y la novena causa de muerte en la franja etaria de 5 a 9 años, afectando a 0.4 sujetos de cada 100.000 habitantes (Pandolfo et al., 2011). Estos datos resultan muy preocupantes porque indican que los primeros intentos de suicidio se producen a edades muy tempranas. Esta misma característica la comparte Cuba, donde hay cifras alarmantes en la adolescencia, con 5.2 muertes por cada 100.000 habitantes (Luna, Alfonso, Socarrás, y Arozarena, 2007). En Chile los casos de suicidio consumado se han incrementado en una década. Concretamente, la tasa de suicidio cambió de 6.11 por 100.000 habitantes en 1990, a 13.32 por 100.000 habitantes en 2008. Carlos et al. (2010) observaron que el suicidio es más frecuente en las edades



comprendidas entre 20 y 44 años, siendo el ahorcamiento el método más utilizado en ambos sexos.

A principios de 1990 se produjo un incremento de la conducta suicida en los países de la antigua Unión Soviética y los Países Bálticos, coincidiendo con el colapso económico que sufrieron a finales de los años 80. Esta crisis conllevó cambios a diversos niveles, entre otros la disolución de la unidad política de la Unión Soviética, dando paso a varios estados independientes que sufrieron considerables cambios sociales a consecuencia de su transición a un modelo político capitalista. Las fuertes y prolongadas caídas del PIB en los países de la antigua Unión Soviética pueden ser un factor desencadenante de los incrementos de suicidios en aquella época (Brainerd, 2001). Actualmente las tasas de suicidio en países del Este de Europa siguen siendo elevadas, de hecho están entre las más altas del mundo. Según la OMS, de los 10 países con mayor índice de suicidio por habitante, seis de ellos pertenecen a esta zona geográfica. Lituania es el país con un mayor índice a nivel mundial, con 68.1 suicidios por cada 100.000 habitantes, según la OMS. Entre los varones de 45 a 54 años las tasas de suicidio llegan a duplicarse (Gailiené, 2004).

En contraste con las cifras de suicidio en el Este de Europa, los países del Sur de Europa registran cifras más bajas, como es el caso de Grecia, Portugal, Italia o España, aunque en los últimos años las tasas de muertes a causa de este problema se han ido incrementando,

en parte debido a la crisis económica mundial que comenzó en 2008. Esta crisis ha golpeado a muchos países europeos, con un impacto especialmente dañino en el sur y el este de Europa, por lo que no es de extrañar que el número de suicidios esté aumentando (Yur'yev, Värnik, Värnik, Sisask, y Leppik, 2012).

### **1.2.1. La conducta suicida en España**

En el caso de España, el inicio de la crisis financiera se ha asociado con un aumento relativo de la tasa de suicidios (Lopez Bernal, Gasparrini, Artundo, y McKee, 2013). De hecho, las crisis económicas suelen coincidir con el incremento de las cifras de suicidio (Durkheim, 2003). Concretamente, las cifras de suicidio en España aumentaron de 7.37 por cada 100.000 habitantes en 2005 (3.381 suicidios consumados) a 7.8 en 2008 (3.421 suicidios consumados), después se observó una tendencia a la baja con 6.89 por 100.000 habitantes en 2011 (3.180 suicidios consumados), que nuevamente se incrementó en 2012 con 7.6 (3.539 suicidios consumados) por cada 100.000 personas. No obstante, se produjo un incremento en el caso de los mayores de 65 años en el período comprendido entre 2003 y 2011 (Gili, García Campayo, y Roca, 2014). Las muertes por suicidio en España se han ido manteniendo a lo largo de los años. Sin embargo, se observan pequeñas desviaciones a la baja en años concretos. Por ejemplo, los últimos datos presentados por el INE, que hacen referencia al año 2015, muestran un leve descenso.

En un estudio epidemiológico sobre la evolución del suicidio en España (1981-2008) se encontró que las muertes por suicidio en nuestro país se observan mayoritariamente en hombres, más que en mujeres, presentando un patrón geográfico concreto, por una serie de circunstancias sociales y económicas (Álvaro-Meca, Kneib, Gil-Prieto y Gil de Miguel, 2013). Las zonas del sur de España, Andalucía, Murcia y

Extremadura tienen el producto interior bruto más bajo del país y también comparten tasas más altas de mortalidad por suicidio. Por otra parte, Asturias y Galicia, zonas mayoritariamente rurales, han experimentado un aumento de suicidios en la última década. Las capitales de las provincias, entre ellas Madrid, Barcelona y Valencia, centros urbanos con alta densidad de población y ejes centrales de la economía española, han tenido altos índices de suicidio. Por el contrario, Castilla León, Castilla la Mancha y Aragón, áreas geográficas más despobladas en España, han presentado niveles bajos de suicidio (Alvaro-Meca et al., 2013).

Según los últimos datos publicados por el Instituto Nacional de Estadística (INE), en el año 2015 murieron por suicidio en España 3.602 personas (el 74.4% fueron hombres), y las comunidades de Andalucía, Cataluña y Comunidad Valenciana son las que registraron un mayor número de suicidios. Sin embargo, el INE no ofrece las tasas por 100.000 habitantes, lo cual hace difícil la interpretación de estos datos. De hecho, cuando se tienen en cuenta las tasas por 100.000 habitantes, se observa que las regiones con mayores índices de suicidios son el Principado de Asturias, Galicia y Castilla y León.

Los métodos utilizados más frecuentemente en España son, por orden de importancia, el ahogamiento, la estrangulación o la sofocación, saltar desde un lugar elevado, el consumo de drogas,

## Desarrollo y validación del cuestionario SIQUE

medicamentos u otras sustancias y el disparo con armas de fuego (INE, 2014).

En el año 2015 el INE ha tenido acceso a una nueva fuente de información judicial, concretamente los datos del Instituto Anatómico Forense de Madrid, lo cual supone una mejora metodológica porque permite asignar de forma más precisa la causa de defunción en las muertes con intervención judicial, pero dificulta la comparación de los resultados con los obtenidos en años anteriores.



### 1.3. Concepto de suicidio

Según la Real Academia Española de la lengua (RAE), la palabra suicidio proviene de “Del lat. mod. *suicidium*, y este del lat. *sui* 'de sí mismo' y *-cidium* ‘-cidio’”, y se define como una acción o conducta que perjudica o puede perjudicar muy gravemente a quien la realiza. Sin embargo, esta definición es muy ambigua, dado que podría referirse a muchas conductas distintas, algunas de las cuales no se entienden habitualmente como suicidio, como puede ser el caso de las drogodependencias, que también perjudican a la propia persona. La definición propuesta por la RAE para la palabra suicidarse es más específica, dado que se define como “la acción de quitarse voluntariamente la vida”. Aunque aparentemente se trate de un término claro, en el plano científico el concepto no está definido de forma suficientemente concreta.

Por su parte, la OMS (1976) trató de clasificar y unificar la terminología, definiendo el acto suicida como toda acción por la que un individuo se causa a sí mismo un daño, con independencia del grado de intención letal y de que se conozcan o no los verdaderos motivos, y definiendo el suicidio como “la muerte que resulta de un acto suicida”.

Debido a la diversidad de conductas que engloba el suicidio, las definiciones planteadas en la literatura pueden llevar a cierta confusión. De hecho, se han propuesto numerosas definiciones, que se centran en

## Desarrollo y validación del cuestionario SIQUE

diferentes aspectos. Por ejemplo, una de las definiciones más populares es la de E. Durkheim, que se refiere al suicidio como todo caso de muerte que resulta directa o indirectamente de un acto, positivo o negativo, realizado por la misma víctima, sabiendo que se produciría ese resultado (Durkheim y Díaz Sánchez, 1976). Este autor entiende como acto positivo una acción realizada con la intención de morir, por ejemplo precipitarse al vacío, mientras que los actos negativos hacen referencia a la omisión, es decir, dejar de tomar precauciones para conservar la vida, por ejemplo renunciar a tomarse las medicinas sabiendo que de eso depende su supervivencia. E. Durkheim consideraba que la definición de suicidio debía alejarse de la psicopatología individual, criticando que históricamente el suicidio se había relacionado estrechamente con enfermedades psiquiátricas. Según este autor, la definición debía centrarse en la patología social, por la influencia de la sociedad en el individuo, considerando que muchos suicidas no padecían una enfermedad mental psicótica, sino que pertenecían a una sociedad “enferma” que los impulsaba a cometer actos letales hacia su vida.

Deshaies (1952) también compartió la crítica de E. Durkheim hacia la visión psiquiátrica clásica del suicidio como síntoma patológico, y planteó una definición más abierta y menos restrictiva, refiriéndose al suicidio como “el acto de matarse de una manera habitualmente consciente, tomando la muerte como medio o fin”.

Stengel (1967) definió el suicidio de forma menos precisa, concretamente como un acto fatal de auto lesión, y definió el intento de suicidio como el acto no fatal de auto lesión. El intento es llevado a cabo por el sujeto con la intención de provocarse un daño de forma consciente. Dichos comportamientos se deben a conductas de origen complejo. El desenlace de dichos actos depende de factores imprevisibles, muy difíciles de predecir.

Baechler (1975) enfocó la definición del suicidio desde una perspectiva distinta, entendiendo el suicidio como la solución a problemas internos. Consideraba que el suicidio engloba diferentes conductas que buscan y encuentran la solución a problemas existenciales, atentando contra la vida del propio sujeto. En algunos casos estas actuaciones concluyen con la muerte.

Por su parte, Quidu (1983) propuso una definición más sencilla que logra definir la conducta suicida desde sus diferentes componentes. Según este autor, el suicidio es el acto de matarse, el cual se logra con la muerte, por lo que se entiende que el éxito del suicida está en morir. Por otra parte, definió la tentativa de suicidio como un acto incompleto que tiene como resultado un fracaso, no morir.

Rocamora-Bonilla (1984) propuso una definición general de la conducta suicida, englobando tanto las ideas suicidas como los intentos y los suicidios consumados, entendiendo que es un proceso que abarca

## Desarrollo y validación del cuestionario SIQUE

desde los pensamientos hasta el suicidio consumado. Concretamente definió el suicidio como toda conducta humana relacionada con fantasías, deseos e ideas de muerte. Es un amplio espectro que va desde la simple fantasía puntual e ideación sobre la autodestrucción, hasta la decisión firme de morir, el intento frustrado de muerte, o el mismo suicidio consumado (Rocamora-Bonilla, 1992).

Rosenberg et al. (1988) señalaron que la existencia de criterios poco específicos para definir el concepto suicidio dificulta la toma de decisiones a los profesionales sanitarios. Además, los hace más susceptibles a las presiones de las familias o comunidades para no certificar determinadas muertes como muertes auto-provocadas, dando lugar a una mala clasificación de algunos fallecimientos y dificultando la identificación del suicidio. Para solucionar estos problemas, se definió el suicidio como "la muerte producida por un acto infligido por la misma persona con la intención de matarse".

Shneidman (1998) realizó un estudio en el que observó que solo el 15% de los suicidas eran psicóticos, confirmando la hipótesis de anteriores autores. Shneidman definió el suicidio como el acto consciente de auto-aniquilación, que se entiende como un malestar pluridimensional en un individuo, que percibe el acto suicida como la mejor solución (Berman, Silverman, y Joiner, 2010; Leenaars y Chávez-Hernández, 2010). Según Shneidman, el suicidio es la consecuencia de la influencia de diferentes variables que crean en el sujeto una molestia,

a la que el individuo no encuentra solución, optando por el suicidio, dado que éste se percibe como el fin de su sufrimiento.

Por lo tanto, las definiciones de suicidio y otros comportamientos autolesivos a través de la historia han sido diversos y en algunas ocasiones incluso contradictorios entre sí. Entre los investigadores de este campo no existe una definición aceptada en común, lo cual dificulta la comparación entre los diferentes estudios y el avance de la investigación sobre el suicidio (Andover, Morris, Wren, y Bruzzese, 2012; Muehlenkamp, Claes, Havertape, y Plener, 2012; Silverman, Berman, Sanddal, Carroll, y Joiner, 2007).

El termino suicidio no se refiere a una única acción, hay diferentes conductas relacionadas, por ejemplo pensamientos, intenciones, gestos, comunicación etc, por lo cual es necesario disponer de definiciones claras que permitan delimitar los momentos del proceso suicida (Silverman et al., 2007).

Si bien es cierto que no existe una definición universal y precisa del suicidio, los diferentes autores plantean directa o indirectamente tres variables en común:

- Acción realizada por la misma persona: Es necesario que el individuo realice la acción ella misma y siendo consciente que puede provocarse la muerte.

## Desarrollo y validación del cuestionario SIQUE

- **Intencionalidad:** debe existir una intención de morir o de provocarse un perjuicio físico, independientemente que pueda ser mortal o no.
- **Deseo de acabar con un malestar psicológico:** la mayoría de autores coinciden en que el deseo de las personas suicidas es acabar con un sufrimiento que perciben como imposible de solucionar.

## **1.4. Modelos teóricos sobre el suicidio**

El estudio de la conducta suicida se ha abordado desde múltiples perspectivas de conocimiento, aunque los principales modelos se centran en los ámbitos biológico, sociológico y psicológico. Teniendo en cuenta el considerable número de modelos propuestos, en la presente tesis no se expondrán todas las teorías y modelos sobre el tema, pero sí se expondrán los modelos con mayor repercusión científica, y en especial los que se basan en enfoques psicológicos.

### **1.4.1. Modelos biológicos**

Muchas investigaciones asocian el suicidio con la depresión, los cuadros psicóticos, el alcoholismo, la farmacodependencia y los trastornos de la personalidad (Blair-West, Cantor, Mellsop, y Eyeson-Annan, 1999; McGirr et al., 2006; Paris, 2002; Wilcox, Conner, y Caine, 2004). De hecho, una de las variables psicopatológicas con mayor prevalencia frente a la ideación suicida e intentos suicidas es la sintomatología depresiva (Lewinsohn, Rohde, y Seeley, 1998). Algunos autores han relacionado la depresión con desequilibrios químicos a nivel cerebral, sobre todo los bajos niveles de concentración de neurotransmisores como la serotonina, la noradrenalina y la dopamina (Harro y Oreland, 1996). La dopamina es posiblemente la que más contribuye a la patofisiología de la depresión (Brown y Gershon, 1993), lo cual puede tener una correlación indirecta con el proceso suicida,

teniendo en cuenta que la depresión ha sido relacionada con los intentos de suicidio.

En relación a las conductas suicidas, el principal neurotransmisor implicado de forma directa es la serotonina. Existen diferentes líneas de estudio que plantean la relación entre los bajos niveles de este neurotransmisor y las conductas suicidas. Estos enfoques son los siguientes:

1. Investigaciones cerebrales post-mortem en suicidios consumados.
2. Estudios a nivel plaquetario.
3. Estimulación neuroendocrina de tipo serotoninérgico.
4. Niveles de serotonina (5-HT) y su metabolito ácido 5-hidroindolacético (5-HIAA) en el líquido cefalorraquídeo. Esta última es la que cuenta con mayor aceptación por la evidencia científica existente.

Los comportamientos suicidas se han relacionado con una deficiencia en la neurotransmisión de serotonina, concretamente se han detectado niveles bajos de un metabolito de la serotonina, el 5-HIAA, en el líquido cefalorraquídeo de individuos con riesgo suicida que no toman medicamentos psicotrópicos (García, Contreras, y Gutiérrez-garcía, 2008; Owens y Nemeroff, 1994). En algunos individuos, una variante genética del gen triptófano hidroxilasa (TPH) puede influir en la



concentración de 5-HIAA en el líquido cefalorraquídeo y en la predisposición a cometer algún acto suicida (Nielsen et al., 1994).

Åsberg, Träskman y Thorén (1976) obtuvieron la primera evidencia sobre la relación entre un bajo nivel de 5-HIAA en el líquido cefalorraquídeo y la conducta suicida. Concretamente, en su estudio con pacientes deprimidos encontraron que los individuos con niveles bajos de 5-HIAA (por debajo de 15 ng/ml) presentaban intentos de suicidio más a menudo y más violentos que aquellos que tenían los niveles altos. Sin embargo, Roggenbach, Müller-Oerlinghausen y Franke (2002) sugieren que existen deficiencias metodológicas que afectan a la correlación entre las conductas autolíticas y los bajos niveles de 5-HIAA en el líquido cefalorraquídeo, debido a que variables como la impulsividad, la agresividad y los síntomas depresivos pueden ser factores contaminantes, que en la mayoría de investigaciones no se tienen en cuenta.

Sin embargo, Arranz, Blennow, Eriksson, Maånsson, y Marcusson (1997), después de realizar un exhaustivo estudio con víctimas de suicidio y pacientes depresivos, sugirieron que los bajos niveles de serotonina, dopamina y noradrenalina no están relacionados directamente con las conductas suicidas. Concluyeron que la incoherencia entre diferentes estudios puede deberse a variables que podrían estar afectando a los resultados, entre las cuales se pueden resaltar: el intervalo de tiempo entre la muerte y la autopsia, la

## Desarrollo y validación del cuestionario SIQUE

medicación previa a la muerte, la región del cerebro estudiada o la causa de la muerte, además de otras variables personales referentes al estilo de vida del suicida como el consumo de drogas, el peso, la estatura, la actividad física, la edad y el género.

Por otra parte se encuentran los enfoques genéticos, que se han centrado mayoritariamente en la historia familiar y las posibles causas hereditarias. Los estudios sugieren que los factores genéticos son responsables de un 45% de la varianza observada en la conducta suicida después de corregir el impacto de algunos factores como el diagnóstico psiquiátrico, los acontecimientos traumáticos, los factores de personalidad y las creencias religiosas (Statham et al., 1998). Se cree que una historia familiar con intentos de suicidio podría estar asociada con una futura conducta suicida, incluso controlando la presencia de trastornos psiquiátricos. Sin embargo, parece ser que la transmisión de la conducta suicida es distinta a la transmisión familiar de un trastorno psiquiátrico (Brent y Mann, 2005). De hecho, Bondy, Buettner y Zill (2006) plantean que la herencia del comportamiento suicida parece estar determinada por al menos dos componentes: 1) la carga hereditaria de los trastornos psiquiátricos y 2) la carga hereditaria de la agresión compulsiva y los rasgos de personalidad. Al unirse estos dos factores se incrementa el riesgo de suicidio.

### **1.4.2. Modelo sociológico de Durkheim**

En su obra “Le Suicide”, Durkheim (1897) planteó una teoría del suicidio desde un enfoque sociológico, consolidándose como el modelo social más clásico. Este autor consideraba que la problemática suicida está influenciada por fenómenos que solo pueden ser explicados sociológicamente. Concretamente, consideraba que diversas variables sociales, tales como el control y la influencia que la sociedad ejerce sobre el individuo, estaban relacionadas con el suicidio. Para llegar a esta premisa se basó en dos variables fundamentales de la dinámica social: 1) el grado de integración social del individuo y 2) el grado de regulación social. Según este autor, las motivaciones individuales carecen de valor, y por ese motivo la unidad de análisis de su teoría se centra en la sociedad y no en el individuo. Basándose en un estudio comparativo de las tasas de suicidio en varias sociedades europeas, E. Durkheim diferenció entre cuatro tipos de suicidio: egoísta, altruista, anómico y fatalista (Durkheim y Díaz Sánchez, 1976).

El suicidio egoísta es cometido por individuos que no se encuentran integrados en la sociedad, o su integración es mínima; el “yo” individual prevalece ante el “yo” social, es decir los intereses particulares predominan por encima de la personalidad colectiva. Según E. Durkheim, un grupo debilitado genera poca dependencia entre sus integrantes, y este hecho ocasiona que los sujetos se centren en ellos mismos, con un desconocimiento de las reglas sociales, centrándose en sus intereses individuales (Durkheim y Díaz Sánchez, 1976).

En circunstancias especiales, como las guerras, los desastres naturales y las invasiones al territorio nacional, la sociedad política reacciona fortaleciendo su integración. El “yo” social se fortalece, reduciendo considerablemente las cifras de suicidios. No son las situaciones especiales las que actúan como un factor protector, son los sentimientos colectivos que se fortalecen. Sin embargo, el suicidio altruista se presenta cuando existe una individualización insuficiente, debido a un control excesivo por parte de la sociedad. Según esta teoría, el “yo” individual no pertenece a la persona, creándole confusión y facilitando un altruismo intenso (Durkheim y Díaz Sánchez, 1976). Estos suicidios están marcados por la aprobación cultural y se benefician del orden social. Se producen en grupos sociales donde hay un escaso valor asignado a la persona. En principio, este tipo de suicidio se presenta en sociedades primitivas y sociedades militares modernas. Sin embargo, esta teoría es discutida debido a la exageración de E. Durkheim en relación a las tasas de suicidio en estos tipos de grupos (Stack, 2004).

Por otra parte, el suicidio anómico se centra en una fractura de los valores sociales que desorienta al individuo, lo que lleva a una sensación de falta de importancia de la vida. La anomia es la falta de normas o incapacidad de la estructura social para proporcionar las herramientas necesarias a algunos ciudadanos para alcanzar sus objetivos. Por ello este tipo de suicidios son típicos en épocas de crisis

económicas y políticas. El individuo percibe que no encaja en la sociedad (Durkheim y Díaz Sánchez, 1976).

Burgi (2014) plantea que el aumento de suicidios en algunos países europeos, como Grecia, se debe a la anomia producida por el resquebrajamiento de derechos sociales en época de crisis económica. Muchos de los ciudadanos no cuentan con las herramientas mínimas necesarias (educación, vivienda, trabajo, etc.) para su autorrealización, lo cual genera sentimientos de desesperanza y pérdida de identidad social.

Por último, el suicidio fatalista, en oposición al suicidio anómico, se origina como consecuencia de una regulación extrema de la sociedad hacia el individuo. Según E. Durkheim, cuando las normas sociales son excesivamente restrictivas, algunas personas experimentan opresión y sentimiento de impotencia. Este tipo de suicidio es común en sistemas políticos dictatoriales y familias con padres extremadamente moralistas y rígidos.

Según Alvira Martín y Blanco Moreno (1998), el modelo de E. Durkheim es producto de su época y del contexto sociocultural de aquel momento, por lo que presenta algunos planteamientos erróneos y estereotipados, que han quedado desfasados. Además, sus estudios presentan problemas metodológicos y una insuficiente rigurosidad a múltiples niveles. Por ejemplo, la definición del suicidio de este autor no es suficientemente precisa, lo que dificulta el estudio empírico del

## Desarrollo y validación del cuestionario SIQUE

suicidio. Además, en sus estudios partía de diversas estadísticas oficiales, que registraban el suicidio de forma distinta a como este autor lo definía, lo que supone una incongruencia. Por otra parte, cuando no disponía de estadísticas apropiadas para estudiar sus hipótesis, utilizaba las más parecidas que encontraba, aunque no fueran realmente adecuadas. Aunque en aquel momento ya existían estadísticos como el coeficiente de correlación, este autor no creía en ellos, lo que le llevó a algunas conclusiones erróneas por culpa del inadecuado análisis de los datos. Además, realizaba categorías sin responder a una lógica metodológica, y cambiaba estas categorías en los sucesivos análisis de los mismos datos, dificultando la interpretación y comparación de los resultados.

Por su parte, Pulido, Rivera, Marco, Montes, y Hernández (1990) señalaron cuáles son los aspectos que más se han cuestionado de este modelo. En primer lugar, su planteamiento sobre la existencia de una realidad social independiente de las realidades individuales, donde la persona es sólo un instrumento de la colectividad, es uno de los más cuestionados por la comunidad científica. Para E. Durkheim la fenomenología suicida es consecuencia de la construcción simbólica y subjetiva, desarrollada por la sociedad (realidad social) y no por la percepción individual y subjetiva del sujeto (realidad individual), dejando de lado cualquier variable personal, lo que actualmente se considera poco realista. En segundo lugar, aunque E. Durkheim conocía las estadísticas de las diferentes ciudades europeas, seleccionaba las

estadísticas que validaban su hipótesis, lo cual pudo llevar a resultados erróneos y malas interpretaciones.

### **1.4.3. Modelos psicológicos**

Tradicionalmente ha existido un gran interés por el estudio de la fenomenología suicida en el campo de la Psicología. Desde diferentes paradigmas teóricos se ha intentado explicar por qué una persona puede desear y decidir acabar con su vida. Las primeras propuestas explicaban el suicidio como una consecuencia del padecimiento de enfermedades mentales. Sin embargo, aunque existe una relación entre la conducta suicida y diferentes patologías psicológicas (Hadjipapanicolaou, Kališová, Kozelek, Žukov, y Glaser, 2014; McGirr et al., 2006; Nordentoft, Madsen, y Fedyszyn, 2015; Wilcox et al., 2004), los comportamientos suicidas no son exclusivos de personas con enfermedades mentales.

Los enfoques cognitivos fueron los primeros en proponer teorías basadas en la investigación empírica. Estas aproximaciones teóricas se caracterizan por explicar las causas de los fenómenos suicidas a través de esquemas cognitivos de procesamiento de la información, creencias disfuncionales, distorsión de procesos cognitivos, mecanismos esquemáticos y demás factores cognitivos involucrados en el comportamiento.

Sin embargo, la mayoría de las últimas investigaciones psicológicas centradas en el suicidio optan por planteamientos multidimensionales, contemplando el efecto de diferentes tipos de variables, tanto



psicológicas como socioafectivas. A continuación se presentan ambas perspectivas, la cognitiva y la multidimensional.

#### **1.4.3.1. Enfoques cognitivos**

La teoría cognitiva del suicidio de A. Beck parte de la premisa de que las conductas suicidas son el resultado de experiencias previas personales negativas que afectan al procesamiento de la información. Concretamente, estas vivencias promueven el desarrollo de esquemas cognitivos perturbados que pueden activarse ante situaciones nuevas y estresantes. Estos esquemas implican patrones cognitivos del procesamiento de la información que pueden sesgar la percepción de la realidad, facilitando que la persona se plantee el suicidio como la única salida viable (Baumeister, 1990; Beck, Rush, Shaw, y Emery, 1978; Freemann, Reinecke, y Aldekoa, 1995; Henriques, Beck, y Brown, 2003).

Según la teoría cognitiva de A. Beck, los individuos con conductas suicidas han desarrollado un concepto negativo de sí mismos, del mundo y del futuro, en la mayoría de los casos sobredimensionando de forma negativa la realidad, debido a sus patrones esquemáticos de desesperanza. Con el paso del tiempo, los pensamientos automáticos negativos se vuelven más reiterativos, generando en el individuo un malestar psicológico que se retroalimenta de pensamientos en círculos, sobre las mismas ideas. Estos individuos tienden a filtrar sus ideas con el fin de quedarse con aquellas que se ajusten a su esquema

## Desarrollo y validación del cuestionario SIQUE

disfuncional, negando las habilidades propias y centrándose en la posibilidad de fracaso y la fatalidad de su vida (Beck et al., 1978; Beck, Steer, Kovacs, y Garrison, 1985; Freemann et al., 1995; Rush y Beck, 1978).

Schotte y Clum (1982) propusieron el modelo de diátesis estrés-desesperanza de la conducta suicida. Este modelo se basa en la vulnerabilidad de algunas personas al estrés a consecuencia de un déficit cognitivo en la resolución de problemas interpersonales. Concretamente, los problemas de afrontamiento mediarían en la relación entre estrés y desesperanza, de forma que un aumento de vivencias estresantes conduciría a la desesperanza, en el caso de las personas con pobres estrategias de afrontamiento. A medida que esta situación se mantuviera en el tiempo, aumentaría el riesgo de depresión y de conducta suicida. Sin embargo, en el caso de que la persona presentara adecuadas estrategias de afrontamiento ante los problemas, encontraría más fácilmente alternativas y soluciones, lo que disminuiría la probabilidad de experimentar desesperanza, depresión y conductas suicidas.

Baumeister (1990) propuso otro enfoque cognitivo de la conducta suicida, conocido como la teoría escapista del suicidio. Este autor concedía mucha importancia a la culpa y la identidad como predictores de la conducta suicida. Más específicamente, según este autor, las personas con tendencia suicida presentan un concepto negativo sobre

sí mismos, no congruente con su “yo” ideal. Por lo tanto, el suicidio supondría una forma de escapar de uno mismo, y de los afectos negativos asociados al conocimiento sobre la propia persona. Para explicar su teoría, plantea seis momentos del acto suicida:

1. **Fracasos o desengaños:** aunque se cree que el fracaso propiamente dicho no explica el suicidio, las diferencias entre las expectativas y la realidad percibida generan un gran malestar, sobretodo en sociedades altamente competitivas. Por lo tanto, el hecho de comprobar que estas expectativas no se ajustan a la realidad generaría malestar y desengaño.
2. **Atribuciones internas:** hace referencia a la excesiva culpa interna después de haber experimentado un fracaso o desengaño, atribuyendo toda la culpa a uno mismo.
3. **Estado aversivo de autoconciencia:** el individuo no ve en sí mismo cualidades destacables, sobre todo al compararse con estándares sociales. Se percibe en desventaja respecto al resto de la sociedad.
4. **Afecto negativo:** el individuo experimenta malestar emocional, fruto de estas comparaciones, caracterizado por la presencia de ansiedad, depresión, culpa y vergüenza.
5. **Deconstrucción cognitiva:** la persona experimenta distorsiones cognitivas y creencias irracionales. Existe la necesidad de escapar de la infelicidad, por ejemplo centrándose sólo en las metas a corto plazo o inmediatas. El hecho de centrarse en los detalles presentes

## Desarrollo y validación del cuestionario SIQUE

e inmediatos ayuda a encoger el significado del yo, y a reducir la percepción aversiva en relación a uno mismo. Pero también se puede escapar a través de la comida, el alcoholismo, etc.

6. Desinhibición: la anterior fase tiene como consecuencia una desinhibición conductual y la separación entre sentimientos y cognición. Se pierde el miedo a hacerse daño, y las medidas drásticas como el suicidio se contemplan como aceptables.

En la figura 1 se presenta una representación gráfica de este modelo.

Según Baumeister (1990), todos los anteriores pasos deben cumplirse para que el sujeto tome la decisión de acabar con su vida. Por otra parte, el perfeccionismo desempeñaría un papel clave en el proceso. De hecho, según esta teoría, el hecho de que un individuo presente una elevada conciencia de sí mismo genera malestar, lo que podría llevar a la necesidad de escapar de uno mismo. Ante vivencias negativas, un perfeccionismo extremo facilitaría una autoevaluación negativa, lo que a su vez aumentaría la probabilidad de experimentar sintomatología depresiva y desesperanza en relación al futuro. En consecuencia, el individuo sentiría que hay menos razones para vivir, lo que facilitaría la necesidad de escapar de sí mismo, y la ideación y conducta suicida. Cabe destacar que diversos estudios han mostrado que efectivamente existe una relación entre perfeccionismo e ideación suicida (Dean, Range, y Goggin, 1996; Hamilton y Schweitzer, 2000).

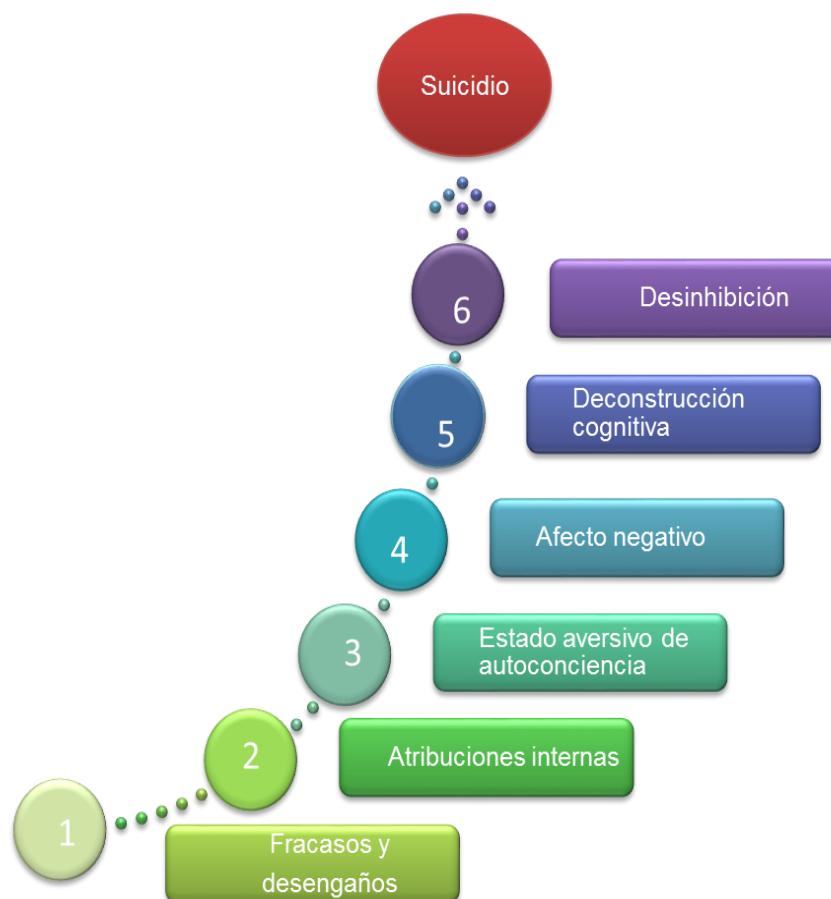


Figura 1. Modelo de Baumeister (1990).

Williams y Broadbent (1986) propusieron una teoría cognitiva basada en la distorsión de la memoria autobiográfica como causa de las crisis suicidas. Concretamente, estos autores proponen que los individuos suicidas tienen dificultad para recuperar sucesos autobiográficos específicos de su memoria y son propensos a generalizar sucesos negativos, vividos sobre todo en la niñez y en la adolescencia, mientras que omiten u olvidan los positivos. Esta deficiencia de la memoria estaría relacionada con la dificultad para

## Desarrollo y validación del cuestionario SIQUE

imaginar el futuro de una manera positiva. Este tipo de personas generalizan sucesos negativos específicos de su pasado y lo utilizan como estrategia de afrontamiento en situaciones parecidas. Esto conlleva a que la persona disponga de pocos recursos para solucionar sus problemas y experimente tendencias suicidas, debido a que percibe más razones para morir que para seguir con vida ante la escasez de soluciones a sus problemas (Williams et al., 1996; Williams, Barnhofer, Crane, y Duggan, 2006).

Pollock y Williams (2001) realizaron un estudio con pacientes supervivientes de intentos de suicidio y encontraron una relación entre la memoria autobiográfica y la resolución de conflictos. Estos pacientes se caracterizaban por recuperar recuerdos autobiográficos más generales que otros pacientes, o que el grupo control. Tal como describen estos autores, una memoria autobiográfica general implica que ante una palabra como “soleado” la persona evoca una situación poco precisa, por ejemplo “cuando estoy de vacaciones”, mientras que otras personas ofrecen respuestas más concretas, como “el pasado domingo cuando fui a pasear por la playa”. Según estos autores, ante una situación problemática, el hecho de recordar información precisa supone una ventaja, con más pistas sobre cómo resolver la situación. En este estudio los autores encontraron que los pacientes que habían mostrado tentativas de suicidio presentaban una memoria autobiográfica más general. Además, aquellos pacientes suicidas caracterizados por una memoria autobiográfica muy general

presentaban déficits en la resolución de problemas. Por ese motivo, los autores concluyeron que la adecuada resolución de problemas en los pacientes suicidas depende de la memoria autobiográfica. Sin embargo, estudios recientes difieren de esta conclusión, y consideran que las personas con intentos de suicidio tienden a recordar sucesos de una manera más detallada y específica que los sujetos sin intentos de suicidio (Chu, Buchman-Schmitt, y Joiner, 2015).

Por otra parte, Chu et al. (2015) observaron que las personas que han experimentado un intento de suicidio tienden a evocar los recuerdos desde una perspectiva de primera persona, a diferencia de los individuos con ideación suicida y el grupo de control, que tienden a recordar desde una perspectiva de observador. La perspectiva centrada en la primera persona tiende a ser más específica, orientada a los detalles, y más emocional. En cambio, la perspectiva centrada en el observador, o de tercera persona, tiende a ser más general, menos orientada a los detalles y menos emocional. Esta representación de observador se emplea a menudo para distanciarse de ciertos recuerdos, pudiendo ser un mecanismo de defensa ante situaciones traumáticas. Según este planteamiento, las personas que han experimentado un intento de suicidio, posteriormente experimentan un alto nivel de conciencia, que les hace evocar los recuerdos en primera persona, lo que implica un recuerdo con mayor detalle, al contrario de lo que sugería el estudio de Pollock y Williams (2001). Según los autores, estos resultados también contradicen la perspectiva tradicional de que

## Desarrollo y validación del cuestionario SIQUE

el suicidio está motivado por el deseo de escapar de la autoconciencia y de las emociones aversivas, porque la perspectiva del observador es la que permite tomar distancia con el suceso. Lo que parece suceder es que las personas que han presentado tentativas de suicidio tienen dificultades para distanciarse de lo que han vivido y sus recuerdos, presentando una clara y específica ideación suicida (por ejemplo, un deseo claro de suicidarse, una elevada especificidad en sus planes suicidas, etc.).

De lo anterior se deduce que puede existir una relación entre las distorsiones y sesgos de la memoria y los comportamientos suicidas, aunque actualmente se cuenta con pocas investigaciones que permitan esclarecer el grado de causalidad entre las dos variables.

La teoría de la indefensión aprendida de M. Seligman establece que las personas aprenden o extinguen conductas en función de las consecuencias que se han producido a lo largo de su vida, lo que puede dar lugar a un comportamiento pasivo. Este tipo de comportamiento se caracteriza por una percepción subjetiva de indefensión, donde la persona ha aprendido por medio de experiencias previas que sus objetivos no siempre se relacionan con los resultados esperados. Como consecuencia, los individuos con indefensión aprendida no son capaces de intentar solucionar problemas específicos aunque exista una gran cantidad de alternativas para solucionarlos. En resumen, la indefensión aprendida es una expectativa basada en



experiencias previas de falta de control, de que los esfuerzos conducirán ineludiblemente al fracaso, lo que da lugar a la inacción (Woolfolk, 2006).

M. Seligman consideraba que las percepciones de falta de control y sus efectos no son iguales en todas las personas, por lo que estableció dos tipos de indefensiones: a) universal y b) personal. En primer lugar, la indefensión universal se produce cuando el individuo percibe que ni él ni otra persona pueden controlar la situación. En segundo lugar, la indefensión personal se presenta cuando el individuo cree que él no puede controlar la situación pero otra persona sí. Esta interiorización y aprendizaje de la carencia de control en los resultados de las propias conductas puede provocar tres tipos de déficit:

- a) Motivacional: disminución de la motivación para responder, porque la persona se siente desesperanzada y espera fracasar, no hallando motivos para intentar solucionar su problema, dado que considera que su conducta no afectará al resultado.
- b) Cognoscitivo: debido al pesimismo y la inacción previa, el individuo pierde oportunidades de practicar habilidades y de comprobar que tiene algún tipo de control sobre la situación, lo que mantiene el problema en el tiempo, dado que la persona ha aprendido a ser pasiva.

## Desarrollo y validación del cuestionario SIQUE

- c) Emocional: la incapacidad de controlar los resultados lleva al sujeto a padecer ansiedad y miedo, lo que desemboca en sintomatología depresiva. Según esta teoría, los estados depresivos son la consecuencia de la percepción de que los resultados no son controlables (Seligman, 1992).

La percepción de indefensión aprendida puede incrementarse cuando los eventos desagradables y adversos son atribuidos a variables personales, produciendo una sensación de descontrol, tristeza, pasividad y baja autoestima. Esta creencia lleva al sujeto al abandono de la búsqueda de soluciones a sus problemas; a partir de ese momento comienza a plantearse la muerte como la única salida que acabará con su sufrimiento de inmediato (Seligman, 1992).

Wenzel, Brown y Beck (2009) propusieron otro modelo cognitivo de la conducta suicida. Este enfoque está basado en tres variables principales que subyacen a la conducta suicida:

- Factores de vulnerabilidad: características psicológicas de larga duración que aumentan la probabilidad de que una persona realice un acto suicida. Pueden estar asociados a trastornos psiquiátricos, y favorecer el aumento de la tensión a lo largo de la vida, aumentando la inestabilidad afectiva en momentos de crisis suicidas. Existen cinco categorías principales de factores de vulnerabilidad: a) impulsividad y constructos relacionados, b)

déficit en la resolución de conflictos y problemas, c) memoria autobiográfica generalizada, d) rasgos desadaptativos de tipo cognitivo y e) algunos tipos de personalidad.

- Procesos cognitivos asociados con trastornos psiquiátricos: esta variable vincula las patologías psiquiátricas con las conductas suicidas, debido a que los trastornos psiquiátricos afectan al procesamiento de la información y a los esquemas cognitivos (estructuras cognitivas que ayudan al individuo a organizar y dar sentido a los estímulos a los que se enfrenta en su vida diaria). Sin embargo, la presencia de estos procesos cognitivos no garantiza que una persona realice comportamientos suicidas, aunque sí aumentaría el riesgo. En concreto, una mayor frecuencia, intensidad y/o duración de las cogniciones negativas asociadas con alteraciones psiquiátricas aumentan la probabilidad de que se active un esquema de suicidio.
- Procesos cognitivos asociados al comportamiento suicida: hacen referencia a diferentes aspectos cognitivos como la fijación atencional o los sesgos atencionales. En otras palabras, la atención se dirige selectivamente a las razones para morir, experimentando una preocupación extrema por el suicidio como única solución a los problemas. Estos aspectos sobresalen y se convierten en evidentes cuando se activa un esquema de suicidio. Según esta teoría, el umbral a partir del cual se activan

## Desarrollo y validación del cuestionario SIQUE

los diferentes sesgos cognitivos y psicológicos depende de la historia personal del individuo y sus experiencias relacionadas con el suicidio.

Los factores de vulnerabilidad serían los menos peligrosos, aunque funcionan como detonantes de las distorsiones cognitivas en los procesos cognitivos asociados con los trastornos psiquiátricos y los procesos psicológicos asociados al comportamiento suicida. Los tres factores pueden ser activados por los niveles de estrés. Sin embargo, el estrés no es una condición necesaria para que se produzca la interacción, simplemente actuaría como un acelerador. Según este modelo, el hecho de ir agregando factores incrementaría el riesgo de cometer un acto suicida. Por otra parte, los problemas psiquiátricos no llevarían directamente a cometer conductas suicidas, pero su relación con las distorsiones cognitivas relacionadas con el suicidio podrían situar al individuo en un riesgo inminente de suicidio.

### **1.4.3.2. Enfoques multidireccionales.**

E. Shneidman es considerado por muchos autores como el padre de la Suicidología moderna, por sus trabajos pioneros en este campo. De hecho, es el autor que propuso el término “Suicidología”, entendiendo que es un campo que pertenece a la Psicología, porque el suicidio es una crisis psicológica, que se debe a un dolor psicológico. Según este autor, la Suicidología es el estudio de la conducta, los pensamientos y los sentimientos autodestructivos. Los resultados de sus estudios contradijeron algunas ideas que se habían defendido durante décadas, como que solamente cometen suicidio las personas que padecen enfermedades mentales. Sus estudios revelaron que sólo el 15% de los suicidas eran psicóticos. Sin embargo, el factor común que sí presentaban los suicidas era el dolor psicológico. Otra de las contribuciones de este autor se centra en el campo de la prevención del suicidio. Con el fin de ayudar a las personas que deseaban cometer suicidio, en 1958 abrió el Primer Centro de Prevención del Suicidio, en los Estados Unidos, en el que atendía casos de riesgo, junto con otros colegas. Además de los programas de intervención para los potenciales suicidas, también ofrecían información a los familiares y a las personas cercanas, para ayudarlas a manejar mejor las crisis y el dolor de los pacientes. Una de las aportaciones más novedosas de este centro fue la línea telefónica de intervención en crisis, que se vio completamente desbordada por la cantidad de llamadas recibidas. Por ese motivo, formaron a profesionales e incluso voluntarios para poder atender adecuadamente estas llamadas, con el fin de prevenir la conducta

## Desarrollo y validación del cuestionario SIQUE

suicida. Respecto a su abordaje de la intervención, propuso una serie de reglas para el tratamiento de los suicidas, basadas en la necesidad de reducir la perturbación y el dolor psicológico del paciente.

Este autor propuso un modelo teórico para explicar la conducta suicida, conocido como el Modelo del cubo suicida, que es un modelo multidimensional que trata de identificar las variables implicadas en la conducta suicida, para poder prevenir esta conducta. Su planteamiento está basado primordialmente en las causas psicológicas y sociológicas del suicidio. El autor representó su modelo gráficamente en un cubo formado por 125 cuadrados. Los 125 cuadrados se agrupan de cinco en cinco, veinticinco de ellos en cada plano, formando un cubo completo. Las tres caras visibles del cubo representan los tres factores que componen el modelo (E. S. Shneidman, 1988):

1. Dolor psíquico: hace referencia al dolor psicológico resultante de las necesidades psicológicas frustradas.
2. Perturbación: estado alterado que incluye la construcción de la percepción y la impulsividad. Una mínima perturbación implica una mente abierta, pensamiento claro y tolerabilidad elevada. La máxima perturbación implica estrechamiento del pensamiento e impulsividad.

3. Presión: conjunto de factores internos y ambientales que mueven o afectan a la persona. Esta presión se debe a situaciones vitales estresantes como amenazas o daños.

Este autor también se planteó la existencia de otros factores implicados, de tipo demográfico, familiares, etc., aunque los consideraba de menor importancia.

Cada una de las caras del cubo, que representa a una de las variables, tiene un gradiente del uno al cinco. El cuadrado en el que confluyen los grados de gravedad más elevados de cada variable (cuadrado 5-5-5) representaría a las personas potencialmente suicidas. En otras palabras, la existencia de dolor psíquico y perturbación en su grado máximo, y la existencia de una gran presión ambiental negativa, propicia el riesgo suicida en algunos individuos (Leñaras, 1987). En la Figura 2 se puede observar la representación gráfica de este modelo.

## Desarrollo y validación del cuestionario SIQUE

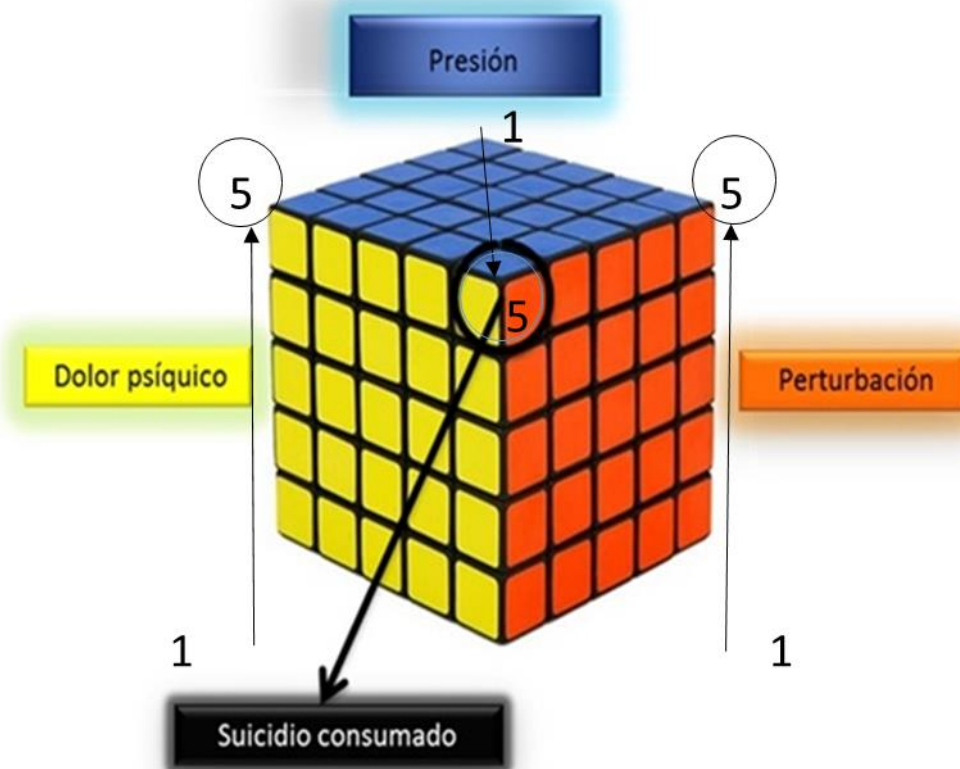


Figura 2. Modelo del cubo suicida de Shneidman

Shneidman (1988) complementó su teoría con la propuesta de la existencia de diez características comunes en las personas suicidas:

- El propósito común del suicidio es la búsqueda de una solución.
- El objetivo común es el cese de la conciencia (de los pensamientos y emociones insufribles y dolorosas).
- El estímulo común es el dolor psicológico intolerable.
- El estresor común en el suicidio son las necesidades psicológicas frustradas.



- La emoción común en el suicidio es la impotencia-desesperanza.
- El estado cognitivo común es la ambivalencia.
- El estado perceptual común es la constricción (visión de túnel, el individuo sólo percibe una posibilidad ante los problemas).
- La acción común es la huida.
- El acto interpersonal común es la comunicación de la intención suicida.
- La consistencia permanente de los estilos de vida: el acto suicida es coherente con los patrones de afrontamiento que ha presentado el sujeto a lo largo de su vida (Chávez-Hernández y Leenaars, 2010). Por ese motivo, la persona puede presentar en su pasado episodios relacionados con rupturas o escapadas (dejar un trabajo, romper un matrimonio, escaparse de casa, etc.).

Otra teoría multidimensional relevante es la propuesta por Mack (1986), conocido como el modelo arquitectónico de Mack, basado en el estudio del suicidio juvenil. Su teoría se centra en diferentes tipos de elementos que al coincidir incrementan el riesgo de cometer un acto suicida, especialmente en adolescentes, lo que permite explicar la conducta suicida desde una perspectiva multidimensional. Según este autor, para que una persona se encuentre en riesgo suicida deben interactuar diferentes factores de forma negativa, y cuantos más

## Desarrollo y validación del cuestionario SIQUE

factores de vulnerabilidad presente el individuo, más susceptible será de cometer un acto suicida.

A continuación se describen cada uno de los factores contemplados por esta teoría:

- **Macrocósmos:** hace referencia a la influencia ejercida por los núcleos sociales en la persona (sistema educativo, político, económico, sociocultural etc.) en la conducta suicida de los jóvenes.
- **Vulnerabilidad biológica:** factores genéticos que predisponen al suicidio (el autor se basó en estudios daneses sobre adoptados).
- **Experiencias tempranas:** hace especial énfasis en la influencia de diversos factores en las primeras etapas del desarrollo evolutivo.
- **Organización de la personalidad:** importancia del desarrollo del yo, el narcisismo y la autoestima.
- **Relaciones del individuo:** importancia de las relaciones con las demás personas, y vínculos e identificaciones con ellos. En los adolescentes son relevantes las relaciones con los padres, con otros adultos que también representen la autoridad, y con amigos, por lo que las identificaciones que el adolescente desarrolla con cada uno de ellos pueden desempeñar un papel.
- **Psicopatología:** especialmente los cuadros depresivos, psicóticos y adicciones.
- **Ontogenia:** relación del individuo con su desarrollo, su vida y la muerte.

- Circunstancias vitales: características de la vida del individuo, como por ejemplo el fallecimiento de un ser querido, el consumo de drogas o alcohol, el fracaso escolar, la violencia intrafamiliar y otras características socio-familiares.

En la figura 3 se puede observar la representación gráfica de este modelo y de sus componentes.



Figura 3. Modelo arquitectónico del suicidio según Mack (1986)

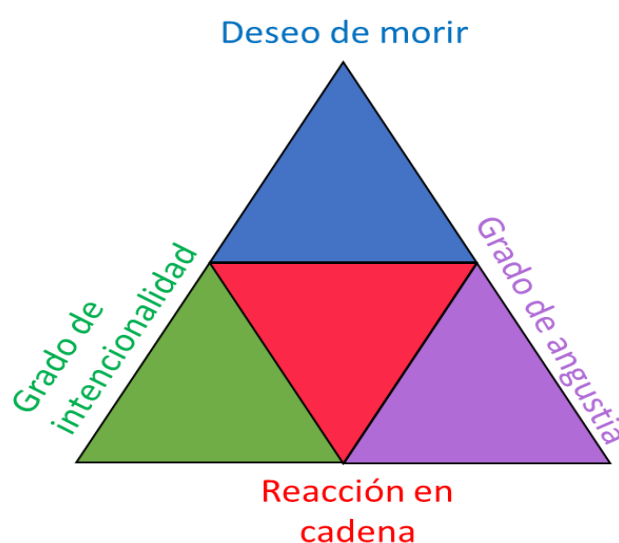
## Desarrollo y validación del cuestionario SIQUE

Cutter (1982) desarrolló el modelo triangular de prevención del suicidio, que explica las conductas suicidas desde un enfoque preventivo, por medio de tres factores necesarios para que se activen comportamientos autolíticos:

- El deseo de muerte: se genera por el resultado de otras variables, que se pueden identificar en las entrevistas clínicas. Según esta teoría, el deseo no puede ser modificado si antes no se modifican las variables que lo accionaron.
- El grado de planificación: se refiere al método de suicidio deseado o planificado para acabar con la propia vida, o al utilizado en un intento previo. Al inicio de la fenomenología suicida algunos individuos optan por técnicas menos lesivas, y en los intentos siguientes intentan otras más letales. Sin embargo, esto no sucede en todas las personas, debido a que algunas conductas se deben a una reacción impulsiva, no planificada.
- El grado de angustia: nivel de desesperanza del individuo. Es necesario intervenir rápidamente sobre este factor, que es el más visible en la evaluación y la intervención psicológica.

Cutter (1982) realizó un paralelismo entre el proceso del fuego y el suicidio. Por este motivo, la representación gráfica del modelo está

basada en el triángulo del fuego, que se utiliza en los cursos de prevención del fuego. En la figura original del fuego, cada vértice simboliza la llama, el combustible y el oxígeno. En dicho proceso, existe la posibilidad de que se produzca una reacción en cadena, con la presencia de todas las variables que desencadenaría la conducta suicida. El autor propone un modelo de prevención basado en eliminar o disminuir cada uno de los tres elementos, además de evaluar el nivel de riesgo suicida en función de en qué grado se desea morir, el nivel de elaboración o planificación y el grado de desesperación que siente la persona. En la figura 4 se muestra una representación gráfica de este modelo.



*Figura 4.* Modelo triangular de prevención del suicidio según Cutter (1983)

## Desarrollo y validación del cuestionario SIQUE

Bonner y Rich (1987) propusieron otro modelo multidimensional, basado en el estado de la mente, desde un paradigma biopsicosocial. Estos autores consideran el fenómeno suicida como un proceso dinámico y circular donde el sujeto puede salir o volver a entrar. El modelo contempla dos factores primordiales: el componente socio-individual y el estado mental. Estos factores no son cerrados, porque en unas situaciones pueden influir algunos de ellos, y en otras situaciones pueden influir otros. Por lo tanto, es un modelo probabilístico: cuantos más factores estén presentes, mayor riesgo de conducta suicida.

El contexto socio-individual incluye los siguientes aspectos:

- Ambiente social: factores referidos tanto al contexto social general (cambios sociales, competitividad, la valoración social del suicidio, medios de comunicación, etc.) como al entorno específico del individuo (acontecimientos vitales estresantes, grado de apoyo social, presencia de conducta suicida en el entorno y determinadas características sociodemográficas).
- Entramado individual del sujeto: hace referencia a los aspectos bioquímicos, las enfermedades psiquiátricas, los factores cognitivos, evolutivos, de personalidad y el nivel de tolerancia al estrés.

El estado mental suicida se refiere a las características psicológicas que rodean y acompañan a la conducta suicida. Estas variables son: depresión, desesperanza, baja autoestima, soledad, falta de razones para vivir y valoración positiva del suicidio como medio para la resolución de problemas.

Finalmente, la teoría interpersonal del suicidio de Joiner (2005) intenta ir más allá de la teoría de E. Shneidman, que se refería a un dolor psicológico tan profundo que la persona desea huir de él, para tratar de explicar qué es lo que provoca ese sufrimiento. Este modelo propone que existen dos factores primordiales para que una persona se suicide: el deseo de morir a través del suicidio y tener la capacidad para llevarlo a cabo. El deseo de morir estaría presente cuando de forma simultánea, y durante el tiempo suficiente, se presentan dos estados psicológicos específicos:

- Percepción del sentimiento de carga: percepción de ser una carga para los familiares, pareja, amigos, etc. Esta percepción puede conducir a la idea de que su muerte tendrá más valor que su vida para las otras personas. Estas personas sienten que, desde el punto de vista de la colectividad, valen más muertas que vivas.
- Sensación de no pertenecer a un grupo social: estaría relacionado con diferentes conductas suicidas, porque el apoyo

social actuaría como una variable protectora de las tendencias suicidas.

Por otra parte, la capacidad para quitarse la vida estaría bloqueada por el instinto de autopreservación, que es un instinto poderoso que dificulta realizar el acto suicida. Sin embargo, las personas que se suicidan han aprendido a superar este instinto, por ejemplo a través de autolesiones o conductas temerarias, de forma que se acostumbran a convivir con el dolor y el sufrimiento, y dejan de temer a la muerte. Esto también explica por qué después de un suicidio frustrado es muy probable que la persona lo intente nuevamente (Joiner, Brown, y Wingate, 2005; Joiner, 2005).

Por otro lado, la teoría interpersonal concede gran importancia a la impulsividad, y propone que está relacionada de forma indirecta con las diferentes conductas suicidas. Al parecer, es la impulsividad la que predispone al individuo a la vivencia de situaciones adversas en su ambiente y en su vida, como por ejemplo: consumo de drogas y alcohol, accidentes de tráfico, etc., vivencias que a su vez estarían relacionadas directamente con los comportamientos suicidas. Por lo tanto, la impulsividad estaría correlacionada con el suicidio por medio de las conductas autodestructivas.

Barzilay et al. (2015) intentaron validar empíricamente la teoría de este autor en población adolescente. En general, encontraron que los



resultados proporcionan evidencia que apoya la relevancia de algunos de los factores predictivos de la teoría interpersonal (Joiner, 2005), pero no de otros. En consonancia con la teoría, tanto la sensación percibida de carga como la sensación de no pertenecer a un grupo social correlacionaron con la ideación suicida. Sin embargo la relación entre las dos variables y la ideación suicida estaba fuertemente mediada por la depresión y la ansiedad, lo que sugiere que los componentes interpersonales están fuertemente relacionados con la depresión, en lugar de estar relacionados independientemente con la ideación suicida.

## **1.5. Factores sociodemográficos de riesgo suicida**

Existen diferentes variables sociodemográficas implicadas en el comportamiento suicida. Entre las variables con mayor apoyo empírico se encuentran el sexo, la edad, los ingresos económicos, la inmigración, y la orientación sexual. A continuación se presentan más detalladamente las variables sociodemográficas más relevantes.

### **1.5.1. Diferencias de sexo**

Durante años se ha afirmado a nivel mundial que los hombres se suicidan más que las mujeres. Aunque esta afirmación es cierta, los datos sugieren ciertos matices.

Según la OMS (2014), en los países con ingresos altos, el número de suicidios entre los hombres triplica al de las mujeres, siendo el perfil más vulnerable los hombres mayores de 50 años. Por el contrario, en los países con ingresos bajos y medios, hay menos diferencias de sexo, 1,5 hombres por cada mujer. Al parecer, el riesgo de suicidio se iguala entre hombres y mujeres después de los 70 años en casi todas las regiones del mundo. Los países de la región del Pacífico Occidental son los únicos del mundo en que la proporción de intentos de suicidios y suicidios consumados es mayor entre las mujeres en todas las edades.

También se han observado diferencias de sexo en los intentos de suicidio, aunque los datos muestran tendencias diferentes a las

observadas en relación a los suicidios consumados. (Angst et al., 2014; Boyd et al., 2015; Flavio et al., 2013; Fountoulakis et al., 2015). Concretamente, se cometen cuatro suicidios de hombres por cada mujer; mientras que lo intentan cuatro mujeres por cada hombre. Esta tendencia se mantiene en todos los grupos de edad (Organización Panamericana de la Salud, 2003; Narishige, Kawashima, Otaka, Saito, y Okubo, 2014). Una posible explicación para las diferencias de sexo entre los intentos y los suicidios consumados puede ser el método que cada sexo escoge para acabar con su vida, lo cual genera diferentes niveles de peligro inminente de muerte. Los varones utilizan técnicas más violentas (armas de fuego, explosivos, instrumentos cortantes, ahorcamiento, etc.), lo cual minimiza sus opciones de sobrevivir, mientras que las mujeres utilizan una gran variedad de métodos, predominando los menos violentos, como el auto-envenenamiento, la auto-intoxicación por drogas, el ahogamiento o la sumersión. Al optar por métodos menos contundentes, las probabilidades de sobrevivir se incrementan. Además, por el hecho de sobrevivir a un intento de suicidio, normalmente se activan protocolos de atención sanitaria, lo que puede facilitar el replanteamiento de su deseo de morir gracias a las redes de apoyo social y la atención médica y psicológica (Dedic, 2014; Fisher, Overholser, y Dieter, 2014; Hee Ahn, Park, Ha, Choi, y Hong, 2012; Laszlo, Hulman, Csicsman, Bari, y Nyari, 2014; Taktak, Uzun, y Balcioğlu, 2013).

Según Schrijvers, Bollen, y Sabbe (2012), los factores de riesgo socioeconómicos también varían con el sexo. En el caso de los hombres, son factores de riesgo las dificultades económicas, la poca formación, los problemas de salud mental, el hecho de padecer depresión mayor antes de los 25 años, tener más de 65 años, la viudedad o la jubilación. En el caso de las mujeres, ser menor de 55 años, no tener hijos, padecer un trastorno depresivo mayor, un trastorno límite de la personalidad o trastornos del estado del ánimo, constituyen factores de riesgo. Según estos autores, la duración del proceso suicida es mucho más corto en los hombres que en las mujeres: una vez se ha iniciado el proceso, los hombres se suicidan mucho más rápido, y con mucha más probabilidad de morir que las mujeres.

En cuanto al estado civil de las personas suicidas, también se observan diferencias de sexo. Algunos estudios muestran que son más comunes los suicidios en mujeres casadas y en hombres solteros (e.g., Taktak et al., 2013), pero Liu et al. (2013) encontraron todo lo contrario, observando una mayor probabilidad de suicidio en mujeres solteras y hombres casados. Por su parte, Dedic (2014) encontró que es más común el suicidio en personas casadas que en solteras, independientemente de su sexo. Sin embargo, los resultados de otra investigación sugieren que las personas solteras de ambos sexos son más vulnerables a cometer suicidios (Injac, Jašovi, Vukovi, Pekovi, y Terzi, 2011). Es evidente que no hay consenso en cuanto a la relación

entre estado civil, sexo y los suicidios consumados. Una posible explicación a estas conclusiones tan dispares puede estar relacionada con los contextos culturales donde se realizan las investigaciones, y los criterios para evaluar el estado civil, dado que muchos de los estudios no aportan esta información.

La relación entre la ideación suicida y el sexo no está del todo clara. Mientras que algunos estudios no establecen diferencias significativas en función del sexo (Angst et al., 2014; Mousavi, Keramatian, Maracy, y Fouladi, 2012; Shilubane et al., 2014), hay otros estudios que establecen mayor prevalencia de ideas de suicidio en mujeres, sobretodo en mayores de 65 años. Puede ser que algunos factores sociodemográficos, como la viudedad, influyan en la aparición de los pensamientos suicidas que han estado latentes durante años, teniendo en cuenta que las ideas suicidas se mantienen y en algunos casos se incrementan con la edad (Dong et al., 2014; Kim y Yu, 2014).

### **1.5.2. Suicidio y edad**

Según la OMS (2014), las tasas de suicidio son más elevadas en las personas mayores de 70 años, tanto en hombres como en mujeres, en la mayoría de regiones del mundo. Este grupo de edad tiene mayor riesgo de suicidio que otras personas con diferentes edades en muchos países (OMS, 2005). Si bien lo anterior es cierto, las tasas de suicidios son cada vez más elevadas entre los jóvenes, dato que preocupa por las implicaciones sociales que esto conlleva, teniendo en cuenta que a nivel mundial el suicidio es la segunda causa principal de muerte en el grupo de 15 a 29 años de edad (OMS, 2014).

Cuando se habla del suicidio en la infancia, hay cierta controversia relacionada con la comprensión de la muerte que pueden tener las personas en sus primeros años de vida. Originalmente se ha planteado que las conductas autolíticas en niños estarían relacionadas con un impulso o simplemente con un accidente, pero no con las ganas de morir. Sin embargo, se cree que los niños con experiencia en relación a la muerte (por el fallecimiento de algún familiar, por ejemplo), parecen tener una comprensión más realista sobre la muerte. Se cree que los diferentes componentes para comprender la muerte se desarrollan a través de diferentes procesos en la infancia a partir de los 4-5 años de edad hasta la adolescencia (Bonoti, Leondari, y Mastora, 2013). Se considera que el concepto de muerte reúne tres principios fundamentales: a) universalidad, b) irrevocabilidad y c) cese de los procesos corporales. Para poder determinar que una persona tiene

claro lo que significa la muerte, debe comprender estas tres nociones (Polaino, Domenech, García, y Ezpeleta, 1988; Vygotskiï, Hanfmann, y Vakar, 1962). En un estudio español con una muestra infantil de 8 a 12 años, el 78% definieron correctamente la palabra suicidio, asociándola al concepto de muerte (Viñas y Domènech, 1999). Sin embargo, no queda claro en la investigación si los niños definían como irreversible la muerte y si la concebían como universal, teniendo en cuenta que aunque los niños puedan definir el concepto, pueden considerar la muerte como un proceso lejano que no les pasará a sus familiares, ni a ellos mismos.

Las cifras de conductas suicidas en la infancia son relativamente bajas en todo el mundo. Sin embargo, en algunos países se han incrementado estas cifras, concretamente en menores de 14 años (OMS, 2001). La OMS incluyó los suicidios infantiles en sus estadísticas en la década de 1990, debido al alto número de suicidios en los antiguos países de la Unión Soviética. Cabe destacar que actualmente en muchos países no hay información sobre los menores de 15 años en sus estadísticas oficiales (Malone, Quinlivan, McGuinness, McNicholas, y Kelleher, 2012). A pesar del creciente interés en la investigación epidemiológica del suicidio, pocos estudios se han centrado específicamente en las tendencias temporales de suicidio en niños de 10 a 14 años, debido a la dificultad de recopilar estadísticas sobre este colectivo. Uno de los inconvenientes es la falta de criterios uniformes

## Desarrollo y validación del cuestionario SIQUE

para la correcta identificación del suicidio en este grupo de edad (Workman y Prior, 1997).

Diversos estudios muestran que los factores psicosociales aumentan significativamente el riesgo de suicidio en niños, sobretodo la muerte de seres queridos antes de los 12 años, la disminución de los vínculos familiares, el hecho de vivir en un ambiente violento o el aumento de las presiones familiares (Ferrara et al., 2014; Workman y Prior, 1997). Otros factores relevantes son los comportamientos suicidas previos (Mendes et al., 2014) y ser víctima de acoso tradicional y cibernético (van Geel, Vedder y Tanilon, 2014). Otros factores de riesgo relevantes en la infancia son los trastornos de ansiedad y la depresión (Vásquez-Rojas y Quijano-Serrano, 2013).

Al producirse el cambio evolutivo de la infancia a la pubertad, los intentos de autodestrucción se incrementan, al igual que los factores de riesgo. Según las teorías evolutivas, la adolescencia es un momento de gran vulnerabilidad social. La sociedad espera que el individuo consolide diferentes aspectos psicológicos y sociales, y esta presión genera una angustia a la que hay que sumarle los diferentes cambios físicos, la identificación en la sociedad y los aspectos de vulnerabilidad propios del contexto social concreto (Woolfolk, 2006).

Por otra parte, en la adolescencia, algunas manifestaciones suicidas, como los pensamientos de suicidio y la elaboración de un plan



de muerte, no se comunican abiertamente a otras personas. Teniendo en cuenta estas dificultades de comunicación y la vulnerabilidad propia de la etapa, puede resultar más difícil detectar los casos de riesgo e intervenir a tiempo en la adolescencia que en etapas evolutivas posteriores (Bhola, Rekha, Sathyanarayanan, Daniel, y Thomas, 2014).

En la adolescencia existen factores de riesgo suicida que al parecer incrementan las posibilidades de cometer un acto contra la propia vida. Entre los más prevalentes se encuentran: padecer algún trastorno psiquiátrico a edades tempranas, antecedentes familiares de suicidio y psicopatología, vivencia de eventos estresantes y acceso a armas de fuego. Se aconseja la intervención desde el ámbito educativo, teniendo como objetivo la detección de jóvenes en riesgo. Una adecuada evaluación de los diferentes comportamientos suicidas y sus factores asociados es el primer paso para la prevención, sobretudo en adolescentes y adultos jóvenes (Gould, Greenberg, Velting, y Shaffer, 2003).

### **1.5.3. La influencia del nivel socioeconómico en el suicidio**

Según la OMS (2004), el comportamiento suicida en la adolescencia viene determinado por un gran número de causas sociales complejas, entre ellas la pobreza, la exposición a la violencia y el hecho de vivir en entornos marginados y conflictivos. Se considera que los adolescentes que viven en entornos vulnerables presentan un mayor riesgo de padecer depresión y conductas suicidas (Yan Cheng et al., 2014; Onishi, 2015). Es así como el suicidio tiende a concentrarse en los barrios desfavorecidos. El hecho de vivir en un lugar caracterizado por la marginación y ser pobre está relacionado con muchos factores de riesgo importantes para el suicidio adolescente y juvenil (Bernburg, Thorlindsson, y Sigfusdottir, 2009; Dupéré, Leventhal, y Lacourse, 2009; McBride Murry, Berkel, Gaylord-Harden, Copeland-Linder, y Nation, 2011; Swahn, Palmier, Kasirye, y Yao, 2012).

Según Gunnell, Peters, Kammerling, y Brooks (1995), las carencias en necesidades básicas en la adolescencia, como la alimentación, se relacionan significativamente con los pensamientos de muerte, el deseo de muerte y los intentos de suicidio. Se cree que la privación económica puede ser un indicador y posible determinante de la morbilidad psiquiátrica y los comportamientos suicidas. Si bien lo anterior es cierto, la pobreza propiamente dicha podría tener una relación indirecta, no directa, con el suicidio, por su efecto sobre otras variables que sí estarían directamente relacionadas con el suicidio. El hecho de vivir por debajo del umbral de la pobreza implica una mayor probabilidad de

estar expuesto a factores relacionados con las conductas suicidas, como la desesperanza, la depresión, la insatisfacción con la vida y las carencias alimentarias, entre otras variables, sin necesidad de que la relación entre pobreza y suicidio sea de causa-efecto. De hecho, en un estudio se obtuvo que los hijos adolescentes de familias con bajos ingresos eran menos propensos a reportar ideación suicida que los adolescentes con altos ingresos (Alaimo, Olson, y Frongillo, 2002), posiblemente porque la pobreza por sí misma no es suficiente para explicar la ideación suicida, depende de la presencia de las otras variables que sí tienen una relación directa.

## 1.6. Ideación suicida

El comportamiento suicida presenta diferentes manifestaciones, las cuales suponen distintos niveles de riesgo. Partiendo de la revisión realizada por O'Carroll et al. (1996), Silverman, Berman, Sanddal, O'Carroll, y Joiner (2007) propusieron la siguiente nomenclatura, para facilitar la diferenciación de conceptos en relación a las conductas suicidas: 1. Conductas relacionadas con el suicidio; 2. Comunicaciones relacionadas con el suicidio y 3. Ideación suicida. Las conductas relacionadas con el suicidio se caracterizan por ser conductas autoinfligidas, potencialmente lesivas, para las cuales hay evidencia (explícita o implícita) de que: a) la persona desea utilizar el intento de suicidio con el objetivo de alcanzar alguna meta, o b) pretende en algún grado conocido o indeterminado acabar con su vida. Por su parte, las comunicaciones relacionadas con el suicidio se refieren a cualquier acto interpersonal consistente en transmitir o expresar deseos, intenciones o pensamientos, habiendo evidencia (explícita o implícita) de que el acto de comunicación no constituye en sí mismo una conducta autolesiva. Por otro lado, la ideación suicida consiste en pensamientos sobre terminar con la propia vida, aunque no necesariamente conduzcan a un intento de suicidio real (Beck, Kovacs, y Weissman, 1979). Esta clasificación propuesta por Silverman et al. (2007) sobre las manifestaciones suicidas es de las más utilizadas actualmente, debido a su gran funcionalidad clínica y aprobación por parte de la comunidad científica.

En cuanto a la ideación suicida, estos autores consideraron que la intencionalidad es clave para la clasificación de los pensamientos suicidas. La intención se refiere al objetivo, propósito o meta de la conducta. Sin embargo puede ser que una persona presente ideación suicida sin ninguna intención de cometer un acto suicida. Por ejemplo, una persona puede fantasear con morir saltando de un precipicio sin que esta acción se produzca nunca. Sin embargo, en otros casos la ideación sí que se acompaña de algún nivel de intencionalidad. Por este motivo, los autores establecieron tres tipos de ideación suicida según la intencionalidad: a) sin intencionalidad, b) con grado indeterminado de intencionalidad y c) con alguna intencionalidad. Por otra parte, según los autores, la intensidad de la intencionalidad suicida puede ser relevante para evaluar la gravedad de la ideación suicida, por lo que se definieron cinco tipos de ideación suicida según su intensidad: a) Causal: se refiere al pensamiento suicida desencadenado por algún evento o circunstancia; b) Transitoria: hace referencia a las ideas suicidas efímeras, que solo se mantienen en un corto periodo de tiempo, las cuales pueden ir asociadas a situaciones de cambio, angustia u ofuscamiento; c) Pasiva: se relaciona con pensamientos suicidas fugaces sin que la persona se pronuncie sobre su deseo de morir; d) Activa: ideación suicida que se caracteriza por la comunicación por parte del individuo sobre su intención de morir, pudiendo tener ya claro qué método utilizará y cuando desea hacerlo y e) Persistente: se caracteriza por tener una duración prolongada y duradera. Los individuos que padecen una ideación suicida persistente tienden a

## Desarrollo y validación del cuestionario SIQUE

identificar el suicidio como la única salida a sus problemas. Los anteriores factores interactúan entre sí, dando lugar a diferentes estados de ideación suicida. En la Figura 5 se puede observar una representación gráfica de esta clasificación.

Por lo tanto, según esta categorización, la ideación suicida puede ser de diferentes tipos:

- a) Sin intencionalidad suicida y con diferentes niveles de intensidad: en este primer tipo, es común el discurso de querer morir pero no saber cómo.
- b) Ideación suicida con un grado indeterminado de intencionalidad: el individuo expresa su deseo de morir y contempla diferentes maneras, pero sin tener un plan específico. Puede variar en los 5 niveles de frecuencia.
- c) Ideación suicida con alguna intencionalidad: la persona desea morir y ha elegido un método específico. Sin embargo, no tiene un plan determinado. Igual que en los dos tipos anteriores, puede variar su frecuencia.
- d) Plan suicida: es la propuesta de un método con el que llevar a cabo una conducta suicida, pero sin haberlo comunicado.

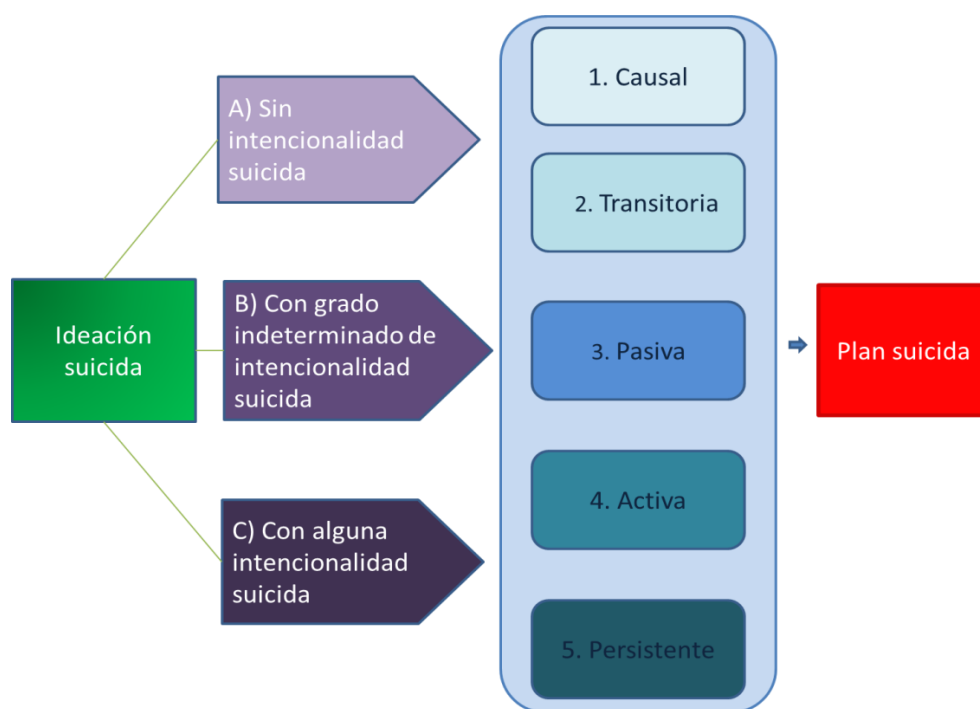


Figura 5. Nomenclatura de ideación suicida de O'Carroll et al. (1996)

La ideación suicida ha sido poco estudiada en comparación con otras conductas suicidas, a pesar de constituir un factor de riesgo relevante para el intento de suicidio y el suicidio consumado (Chopko, Palmieri, y Facemire, 2013; R. Kessler, Borges, y Walters, 1999; Lynch et al., 1999; Nugent y Williams, 2001). De hecho, recientes estudios con población clínica y comunitaria han encontrado una estrecha relación entre los pensamientos y los intentos de suicidio (Gvion, Horesh, Levi-Belz, y Apter, 2015; Liotta, Mento, y Settineri, 2015).

Algunos autores consideran que hay un continuo de gravedad en la fenomenología suicida, en el cual la ideación suicida constituye el tipo

menos grave (Dias et al., 2009; Kessler et al., 2005; Sanz, 1994; Viñas, Ballabriga, y Domènech, 2000). Se cree que el mayor riesgo de intento de suicidio se presenta en el primer año después de la aparición de la ideación suicida, independientemente de si existe un plan establecido o no (Nock, Borges, Bromet, Alonso, et al., 2008). Los siguientes tipos de conductas suicidas serían las amenazas, los intentos de suicidio y finalmente el suicidio consumado. Pero, al parecer, no todos los casos serían coherentes con este modelo jerárquico (Wilde, Kienhorst, y Diekstar, 1996). Las ideas suicidas pueden ser la primera señal de un posible futuro comportamiento suicida. Por lo tanto, la identificación de la ideación suicida y de los factores relacionados con este fenómeno facilitaría la prevención de este tipo conductas (Nock, Borges, Bromet, Cha, et al., 2008; Paneth, Susser, y Susser, 2002).

Por otra parte, algunos estudios longitudinales en niños y adolescentes, como el de Pfeffer, Lipkins, Plutchik, y Mizruchi (1988), muestran que las ideas de suicidio tienden a ser estables a lo largo del tiempo, lo cual constituye otro motivo de preocupación. En la misma línea, Miranda, Ortin, Scott, y Shaffer (2014) consideran que estos pensamientos correlacionan con futuros intentos suicidas en adolescentes. Según parece, estos intentos se incrementan hasta tres veces si los pensamientos de suicidio son frecuentes. Nock et al. (2008), en una encuesta con 84.850 personas en 17 países, encontraron que un tercio de las personas con pensamientos suicidas



podrían hacer un plan de suicidio, y más de la mitad de los que tienen un plan, podrían cometer un intento en algún momento de sus vidas.

Por otro lado, algunos autores afirman que aunque la ideación y la conducta suicida están relacionadas, presentan un patrón distinto de correlaciones con otras variables, por lo que ambos deben ser estudiados (Heisel et al., 2006; Useda et al., 2007). Sin embargo, a pesar de la importancia de la ideación suicida, hay más estudios centrados en el comportamiento suicida que en la ideación suicida.

### **1.6.1. Concepto de ideación suicida**

Definir la ideación suicida no es del todo fácil, teniendo en cuenta que muchos pensamientos pueden ser transitorios. De hecho, muchas ideas de suicidio son comunes en la adolescencia, con una tasa de prevalencia del 15% al 25% (Evans, Hawton, Rodham, Psychol, y Deeks, 2005), aunque no necesariamente estos pensamientos se mantendrán en la edad adulta. Existe cierta controversia en la literatura sobre qué tipos de pensamientos forman parte de las conductas suicidas. Muchos autores coinciden en que el término ideación suicida debe usarse cuando estos pensamientos incluyan contenidos referidos al deseo, intención y planificación de muerte. Pero según De Wilde, Erik, y Ineke (1992), debe tenerse en cuenta la diferencia entre pensamientos de muerte y pensamientos suicidas. Sin embargo, este planteamiento tiene diferentes detractores, porque los pensamientos de muerte recurrente podrían estar relacionados con las conductas suicidas. Actualmente las definiciones se han centrado en el pensamiento de muerte en relación a uno mismo. Para ser más específicos, para hablar de ideación suicida los pensamientos deben estar relacionados con la propia muerte del individuo.

Por lo tanto, en el presente estudio se entiende la ideación suicida como pensamientos sobre terminar con la propia vida, aunque no necesariamente conduzca a un intento de suicidio real, tal como propusieron Beck, Kovacs, y Weissman (1979). Estas ideas pueden incluir aspectos como pensamientos de inutilidad, deseos más o menos

intensos de muerte, planes para un posible suicidio o la preocupación autodestructiva (O'Carroll et al., 1996).

Con el objetivo de mostrar diferentes definiciones de la ideación suicida, en la Tabla 1 se presenta una evolución cronológica basada en diferentes autores y perspectivas científicas.

## Desarrollo y validación del cuestionario SIQUE

Tabla 1

*Definiciones de ideación suicida.*

<b>Autor(a)/Año</b>	<b>Definición</b>
Ringel (1953)	Estrechamiento y reducción del ámbito de la vida psíquica del sujeto, presentando inhibición de los impulsos agresivos, con persistencia de deseos
Kantor (1971)	Primeras manifestaciones conductuales del suicidio, que van desde expresiones que denotan una dificultad para vivir (por ejemplo, “no vale la pena vivir”), hasta manifestaciones que se acompañan de la intención de morir o de
Quidu (1983)	Representación mental del acto suicida.
Beck et al. (1985)	Acto persistente de pensar, planear o desear cometer un acto suicida.
Moron (1987)	Representación mental del acto suicida, en la cual se encuentra la misma pulsión instinto-afectiva, la intención y el deseo de matarse.
Levy y Deykin (1989)	La ideación suicida es un constructo cognitivo que representa un síntoma de conflictos internos, y se caracteriza por ser muy frecuente y estar asociado con otras variables de riesgo, como la depresión, la desesperanza y el abuso de

Goldney et al. (1989)	Pensamientos de autodestrucción que pueden ir desde ideas fugases de falta de valía de la propia vida, pasando por un intenso desasosiego, fantasías autodestructivas y planes específicos sobre la propia muerte.
Reynolds (1991)	La ideación suicida se refiere a los pensamientos y cogniciones que una persona tiene ante su propia muerte. Es la forma más común de conducta suicida y puede considerarse el marcador principal para el riesgo de Pensamiento caracterizado por la desesperanza, baja autoestima, autoimagen
Villardón (1993)	deteriorada, predicciones de fracaso, depresión e instrumentalización del suicidio como medio de resolver dificultades.
Sanz (1994)	La ideación suicida abarca un amplio espectro, desde pensamientos inespecíficos (“La vida no merece la pena vivirla”) hasta ideas suicidas con plan
Medina-Mora et al. (1994)	Ideas o pensamientos que tiene la persona acerca de su propia muerte.
Eguiluz (1995)	Pensamientos intrusivos y repetitivos sobre la muerte autoinfligida (formas deseadas de morir, y en qué circunstancias y condiciones).
O ‘Carroll et al. (1996)	Cualquier pensamiento de intentar una conducta relacionada con el suicidio. Puede ser una ideación persistente, una ideación transitoria o una ideación

## Desarrollo y validación del cuestionario SIQUE

Pérez (1999)	Define la ideación suicida a partir de una serie de pautas como la preocupación autodestructiva, la planificación de un acto letal y el deseo de muerte.
Mingote, Jiménez, Osorio, y Palomo	Una persona presenta ideación suicida cuando persistentemente piensa, planea o desea cometer un acto suicida.
Centers for disease control and	Pensamiento, consideración o planificación de un suicidio.
De la Torre (2013)	La ideación suicida es la aparición de pensamientos cuyo contenido está relacionado con terminar con la propia existencia.
Weaver (2015)	Cualquier pensamiento en el que haya una participación en un comportamiento relacionado con el suicidio.

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI  
DESARROLLO Y VALIDACIÓN DEL CUESTIONARIO SIQUE: EVALUACIÓN DE LA IDEACIÓN SUICIDAS EN LA ADOLESCENCIA  
DESDE UNA APROXIMACIÓN SITUACIONAL  
Jorge Manuel Dueñas Rada

## **1.6.2. Predictores de la ideación suicida**

Como se ha comentado anteriormente, la literatura ha reconocido el carácter multifactorial de la fenomenología suicida, por lo cual se ha abordado desde diferentes perspectivas. La presente tesis se centra en un enfoque psicológico y pretende dar explicación a este fenómeno desde variables individuales. Por otra parte, en la literatura se han identificado un gran número de predictores de la ideación suicida, incluyendo características individuales, sociales y familiares. A continuación se describen algunas de estas variables predictoras de la ideación suicida, en especial aquellas que han sido contempladas en esta investigación.

### **1.6.2.1. Depresión**

Numerosos estudios señalan la sintomatología depresiva como un predictor tanto de la ideación como de la conducta suicida, en población adulta y adolescente (Allison, Roeger, Martin, y Keeves, 2001; Casey et al., 2008; Gutierrez, Osman, Kopper, Barrios, y Bagge, 2000; Ibrahim, Amit, y Suen, 2014; Villardón, 1993). De hecho, la mayoría de los adolescentes con ideas de suicidio a su vez padecen síntomas depresivos (Buendía, Riquelme, y Ruiz, 2004; Ibrahim et al., 2014). Por otra parte, los adolescentes deprimidos tienen hasta 6 veces más probabilidad de llevar a cabo un intento de suicidio (Nock et al., 2013). Según Hintikka et al. (2009), un estado de ánimo depresivo es una condición necesaria para que aparezca la ideación suicida. Al parecer,



la depresión es el predictor más importante de la ideación suicida (Gould et al., 2003; Nock et al., 2013). De hecho, cuando se incluye la sintomatología depresiva en los modelos predictivos, la relación entre algunas variables y la ideación suicida deja de ser significativa (Field, Diego, y Sanders, 2011), porque muchas variables están relacionadas con la ideación suicida de forma indirecta, a través de su relación con la depresión.

Buendía et al. (2004) siguieron que las características de la depresión que más se relacionan con las diferentes manifestaciones suicidas son: a) la presencia de una doble depresión, es decir superposición de una depresión mayor y distimia, y b) la cronicidad del estado de ánimo. Al parecer, cuando los síntomas depresivos se agravan, la relación con las conductas suicidas es más fuerte.

Al parecer, los adolescentes deprimidos perciben una falta de control sobre las situaciones y se sienten derrotados persistentemente. De hecho, la percepción sobre su situación actual tiende a ser negativa y angustiada. Por otra parte, los adolescentes deprimidos tienden a preocuparse por un sentimiento de culpa e inutilidad (Ibrahim et al., 2014; Lai Kwok y Shek, 2010).

El estudio de Konick y Gutierrez (2005) muestra que tanto la vivencia de situaciones negativas como la depresión y la desesperanza son predictores de la ideación suicida, aunque la depresión ejerce una

## Desarrollo y validación del cuestionario SIQUE

influencia mayor sobre la ideación suicida que la desesperanza. Sin embargo, la vivencia de situaciones negativas constituye un predictor indirecto de la ideación suicida, a través de la relación que mantiene con la depresión y la desesperanza. Por lo tanto, algunas vivencias negativas que resultan especialmente problemáticas en la adolescencia, como la falta de apoyo social o los problemas de afrontamiento, facilitarían la sintomatología depresiva y la desesperanza, lo que a su vez daría lugar a la ideación suicida.

Según el estudio de Araújo Veras, Ximenes, de Vasconcelos, y Sougey (2016), el 29,7% de los adolescentes presenta algún riesgo de cometer una conducta suicida, siendo la etapa intermedia de la adolescencia (14-17 años) el momento más crítico. La sintomatología depresiva está muy relacionada con este riesgo. Los autores explican este elevado porcentaje de riesgo suicida por los conflictos y los cambios propios de esta etapa evolutiva, dado que los adolescentes pueden presentar dificultades para gestionar adecuadamente las demandas psicológicas y sociales de la etapa. De hecho, durante estos años los adolescentes se han de enfrentar a numerosos cambios, retos y nuevos hábitos, lo que en algunos casos podría dar lugar a una mayor vulnerabilidad a la ideación y conducta suicida. Estos resultados subrayan la importancia de los procesos de maduración en las diferentes fases del desarrollo y su relación con la depresión y la conducta suicida. Por lo tanto, la combinación de la depresión y los diferentes problemas personales y sociales propios de la adolescencia

intermedia (problemas escolares, problemas sexuales, abuso de drogas, trastornos de conducta, trastornos de ansiedad, déficit de atención, trastornos de la alimentación, conflictos familiares, etc.) podrían incrementar el riesgo de las diferentes manifestaciones suicidas.

Según Auerbach, Millner, Stewart, y Esposito (2015), la gravedad de los síntomas depresivos puede explicar la transición de la ideación suicida a los intentos de suicidio. En concreto, la presencia de anhedonia permite diferenciar entre los adolescentes que han realizado algún intento de suicidio y los que solamente presentan ideación suicida. La anhedonia, que es uno de los síntomas centrales de la depresión, se refiere a la reducida capacidad de experimentar placer. Según este estudio, los adolescentes que habían cometido intentos de suicidio presentaban mayores niveles de anhedonia que los adolescentes con ideación suicida, aunque ambos grupos presentaran sintomatología depresiva. Además, los adolescentes que habían intentado suicidarse también se mostraban menos propensos a perseguir objetivos difíciles pero valiosos cuando el resultado era incierto. Por lo tanto, el síntoma depresivo anhedonia puede desempeñar un papel clave en la predicción de riesgo de suicidio (Auerbach, Millner, Stewart, y Esposito, 2015).

Varios estudios han encontrado una continuidad en la sintomatología depresiva entre la adolescencia y la adultez, asociada al

incremento del riesgo suicida (Kolaitis, 2012). Respecto a la ideación suicida en la infancia, Martin et al. (2016) realizaron un estudio con 360 niños/as con edades entre los 3 y los 7 años, con tratamiento psiquiátrico ambulatorio, y observaron que el 13% de la muestra presentaba ideas suicidas, planes, y/o intentos de suicidio. Los niño/as con pensamientos y conductas suicidas presentaban más sintomatología depresiva. Los autores sugieren que los niños/as que padecen depresión presentan más riesgo de sufrir pensamientos y conductas suicidas que el resto de niños/as. Parece ser que este riesgo se incrementa a medida que crecen, lo cual podría incrementarse aún más cuando realizan el cambio evolutivo a la adolescencia, teniendo en cuenta que en este periodo aparecen eventos estresantes (Papalia y Feldman, 2012).

En conclusión, diferentes estudios sugieren que la presencia simultánea de la sintomatología depresiva y de la ideación suicida aumentan el riesgo de intentar suicidarse en la adolescencia (Hollis, 1996; Prigerson y Slimack, 1999; Wichstrøm, 2000). Al parecer, la interacción entre las dos variables incrementa el riesgo de intentar un suicidio, teniendo en cuenta que cada variable por sí misma también contribuye en alguna medida al riesgo inminente (Forteza, Lira, Gutiérrez, y Echeagarray, 2003).

### **1.6.2.2. Satisfacción con la vida**

Otro de los factores que se ha relacionado con la ideación suicida es el bienestar subjetivo (Berlim, Mattevi, Pavanello, Caldieraro, y Fleck, 2003; Heisel y Flett, 2006), que hace referencia a la valoración subjetiva que hace el individuo sobre la calidad de su vida. Puede comprender desde estados de gozo transitorios hasta valoraciones o evaluaciones relativamente abstractas sobre el sentido de la propia vida (Casas, 1996; Luna, 2012). Por otra parte, Anguas (2000) define el bienestar subjetivo como la percepción personal, única e íntima que el individuo hace sobre su situación física y psíquica, lo cual no necesariamente coincide con una calificación concreta y objetiva de su situación.

Se han identificado dos componentes claramente diferenciados en el bienestar subjetivo: un componente afectivo-emocional y un componente cognitivo (Lucas, Diener, y Suh, 1996; Sandín et al., 1999). El componente afectivo-emocional hace referencia a la presencia de afectos positivos y la ausencia de afectos negativos, lo cual ha sido también denominado felicidad (Luna, 2012). El afecto positivo representa la dimensión de emocionalidad placentera, exteriorizada a través de la motivación, energía, deseo de afiliación y sentimientos de dominio, logro o éxito. En cambio, el afecto negativo representa la dimensión de emocionalidad no placentera y el malestar, caracterizado por miedos, inhibiciones, inseguridades, frustración y sensación de fracaso (De la Rubia, 2011). La presencia y magnitud de los afectos

## Desarrollo y validación del cuestionario SIQUE

positivo y negativo dan lugar a un balance entre ambos afectos, referido al predominio relativo de la experiencia emocional placentera sobre la desagradable (Diener, Emmons, Larsen, y Griffin, 1985; Pavot, Diener, Colvin, y Sandvik, 1991).

Por otra parte, al componente cognitivo se le ha denominado satisfacción con la vida, y se define como la evaluación global que la persona hace sobre su vida (Andrews y Withey, 2012), lo que implica realizar un balance sobre los aspectos positivos y negativos de la propia vida, y compararlo con un estándar o criterio elegido por la persona, para llegar a un juicio de satisfacción (Atienza, Pons, Balaguer, y Valencia, 2000; Pons, Atienza, Balaguer, y García-Merita, 2000).

Los dos componentes del bienestar subjetivo están moderadamente correlacionados entre sí. Sin embargo, presentan distintos patrones de correlación con otras variables, por lo que diversos autores recomiendan evaluarlos por separado (De Haes, Pennink, y Welvaart, 1987; Stock, Okun, y Benin, 1986). Sin embargo, muchos de los estudios de bienestar subjetivo no diferencian entre los dos aspectos. De hecho, pocos estudios han analizado específicamente cuál es la relación existente entre el componente cognitivo del bienestar subjetivo, o sea, la satisfacción con la vida, y la ideación suicida. Estos estudios parecen señalar que esta variable es un predictor de la ideación suicida, tanto en población adulta como en población adolescente

(Heisel y Flett, 2004, 2006; Park, Koo, y Schepp, 2005; Valois, Zullig, Huebner, y Drane, 2004).

Según Heisel y Flett (2004), la satisfacción con la vida es una variable protectora de la ideación suicida, incluso después de controlar la influencia de otras variables como el factor de personalidad neuroticismo, la depresión y la desesperanza. De hecho, la satisfacción con la vida podría funcionar como mediadora entre la depresión y la ideación suicida. Según los autores, las experiencias subjetivas experimentadas a consecuencia del neuroticismo, la depresión y la desesperanza, pueden ser insuficientes para explicar por sí solas las tendencias suicidas. Concretamente, los pensamientos suicidas pueden depender, por una parte, de la presencia de estos factores psicológicos negativos, y, por otra parte, de la ausencia de factores positivos. Por lo tanto, sentirse satisfecho con la vida puede actuar como una variable disuasoria en el planteamiento de un posible suicidio.

La satisfacción con la vida podría ser especialmente relevante en la adolescencia, considerando que en el estudio realizado por Goldbeck, Schmitz, Besier, Herschbach, y Henrich ( 2007) se obtuvo que a lo largo de la adolescencia disminuye el nivel de satisfacción con la propia vida, tanto en los chicos como en las chicas. De hecho, la adolescencia es una etapa evolutiva caracterizada por numerosos cambios a diversos niveles, que pueden generar un considerable nivel de estrés, lo que

## Desarrollo y validación del cuestionario SIQUE

explicaría esta disminución en la satisfacción con la vida, que a su vez podría tener un efecto en la ideación suicida.

Valois, Zulling, Huebner, y Drane (2004) encontraron, en una muestra con adolescentes, correlaciones significativas entre la satisfacción con la vida y las siguientes manifestaciones suicidas: ideación suicida, planificación de un acto de suicidio, consideraciones del suicidio e intentos suicidas. Más concretamente, a menor satisfacción con la vida, más posibilidad de experimentar una conducta suicida. En resumen, es importante evaluar la satisfacción con la vida en aquellas investigaciones centradas en la ideación suicida, sobre todo en adolescentes.



### **1.6.2.3. Personalidad**

Diversos autores han encontrado relaciones significativas entre personalidad e ideación suicida (Kerby, 2003; Velting, 1999), y también con la conducta suicida (McCann, 2010), tanto en adultos como en adolescentes. Aunque al parecer la personalidad juega un papel importante en la predicción de la ideación suicida, existen relativamente pocas investigaciones que ayuden a esclarecer el papel de los diferentes rasgos de personalidad en los pensamientos suicida.

El rasgo de personalidad que más se ha relacionado con la ideación suicida es el neuroticismo (DeShong, Tucker, O'Keefe, Mullins-Sweatt, y Wingate, 2015; Enns, Cox, y Inayatulla, 2003; Kerby, 2003; Newton-Howes, Horwood, y Mulder, 2015; Segal, Marty, Meyer, y Coolidge, 2012; Velting, 1999). De Shong et al. (2015) encontraron que los individuos con pensamientos suicidas en el presente se caracterizaban por mayores niveles de neuroticismo, en comparación con las personas que habían tenido ideación suicida en el pasado o nunca lo habían experimentado. Igualmente, las personas con ideación suicida en el pasado, pero no en el presente, mostraban mayores niveles de neuroticismo que los que nunca habían manifestado ideación suicida. Al parecer, los individuos con un alto nivel de Neuroticismo son más propensos a experimentar ideación suicida, debido a que son más vulnerables a experimentar emociones negativas. Por otra parte, el grupo que nunca había manifestado ideación suicida presentaba niveles altos del rasgo de personalidad extraversión, a diferencia de los

## Desarrollo y validación del cuestionario SIQUE

otros dos grupos. Los resultados sugieren que los individuos con un elevado nivel de extraversión pueden recibir más apoyo social, por su tendencia a participar en actividades con otros individuos, lo que disminuiría su susceptibilidad a manifestar ideación suicida. Según los autores, el neuroticismo y la extraversión probablemente desempeñan un papel importante en el desarrollo de la ideación suicida. Puede ser que los adolescentes más neuróticos tiendan a ser impulsivos, impacientes y sean propensos a preocuparse más en situaciones críticas, lo que facilitaría la percepción del suicidio como única salida (Ayub, 2015).

En la misma línea, Soltaninejad et al. (2014) también estudiaron el papel de los cinco grandes factores de la personalidad en la predicción de la ideación suicida en jóvenes. El estudio sugiere que los factores neuroticismo, extraversión y responsabilidad son predictores de la ideación suicida, aunque con diferente capacidad predictiva, siendo el neuroticismo el principal predictor. Según los autores, se debe a que el neuroticismo puede predisponer a las personas a padecer trastornos del estado de ánimo, especialmente depresión. Por otra parte, la extraversión estaba relacionada negativamente con la ideación suicida. Según los autores, este resultado se debe a que este factor está conectado directamente a la vitalidad, la alegría y la sociabilidad, lo que facilita el acceso a las redes sociales de apoyo. Por su parte, la Responsabilidad también estaba relacionada negativamente con la ideación suicida. Al parecer, se debe a que los componentes como la

competencia, la autodisciplina, el autocontrol, la suficiencia y la prudencia en la toma de decisiones, podrían actuar como factores protectores.

Como se ha comentado, hay algunos estudios que vinculan la extraversión con la ideación suicida (e.g., Blüml et al., 2013; Singh y Joshi, 2008), sugiriendo que a mayores niveles de Extraversión, menos probabilidades de presentar ideación o intentos suicidas, aunque otros estudios no encuentran esta relación. En lo que respecta al rasgo Apertura a la experiencia, pocos estudios encuentran una relación entre esta variable y la ideación suicida (e.g., Chioqueta & Stiles, 2005), por lo que no parece una variable muy relevante. Los resultados contradictorios entre diferentes estudios podrían explicarse por el hecho de que algunos estudios no controlen la sintomatología depresiva (Kerby, 2003; Kumar-Dogra, Basu, y Das, 2008; Miotto y Preti, 2008), lo que puede conducir a resultados engañosos. Cabe la posibilidad de que la personalidad ejerza un efecto indirecto sobre la ideación suicida, a través de su relación con la depresión. De hecho, De Man y Leduc (1995) muestran que cuando se controla la depresión en los estudios sobre ideación suicida, muchas variables dejan de ser significativas. Según los resultados obtenidos en diversos estudios, una de estas variables que dejan de ser significativas es el neuroticismo (Singh y Joshi, 2008; Tyssen, Vaglum, Grønvold, y Ekeberg, 2001), aunque este punto no está del todo claro, porque en otros estudios permanece significativa (Brezo, Paris, y Turecki, 2006).

La subescala de personalidad amabilidad guarda cierta relación con el riesgo de suicidio, pero en menor medida que el neuroticismo. Concretamente, las bajas puntuaciones en las variables amabilidad se han asociado con una mayor riesgo suicida (Kerby, 2003; Soltaninejad et al., 2014). En el estudio realizado por McCann (2010) con los Cinco Grandes factores de personalidad, se obtuvo que tanto el neuroticismo como la amabilidad son predictores significativos cuando se controla tanto la depresión como las variables demográficas. Concretamente, según este estudio, los bajos niveles de neuroticismo y de amabilidad están relacionados con una mayor frecuencia de suicidios. Por lo tanto, los autores concluyeron que estos dos factores de personalidad son factores de riesgo importantes para el suicidio consumado, aunque no para la ideación suicida ni para los intentos de suicidio. Al parecer, las zonas geográficas donde las personas puntúan bajo en amabilidad tienden a presentar tasas más altas de suicidio (Voracek, 2013). Sin embargo, Cheng, Kwok, Zhu, Guan, y Yip (2015) observaron que una baja amabilidad se relaciona con la carencia de habilidades sociales. Al parecer, las víctimas de las diferentes manifestaciones suicidas a menudo tienen pocas habilidades de comunicación y a menudo utilizan los comportamientos suicidas en lugar de la comunicación verbal, para responder a sus conflictos interpersonales o para expresar su resistencia frente a una posible injusticia social o familiar. Los autores sugieren que las bajas puntuaciones en amabilidad pueden relacionarse de forma indirecta con la ideación y los intentos y suicidios consumados mediante las habilidades comunicativas y sociales.

#### **1.6.2.4. Madurez psicológica**

La madurez se define por la RAE como “buen juicio, prudencia y sensatez”. Sin embargo, a nivel científico se ha abordado el concepto de madurez desde diferentes perspectivas. En primer lugar, en este apartado se explicará el modelo utilizado para evaluar este constructo en la tesis, dado que es poco conocido, en comparación con el resto de variables del estudio.

El modelo utilizado para evaluar la madurez psicológica en el presente estudio es el desarrollado por Ellen Greenberger. Esta autora analizó los principales autores y estudios que habían abordado la madurez de los adolescentes, y concluyó que había cuatro aproximaciones: biológica, psicológica, sociológica y contextos temporales (Greenberger y Sørensen, 1974). Desde el ámbito biológico se entiende la madurez como aquellas características que facilitan la supervivencia, dotando al individuo de la fortaleza necesaria para afrontar los requerimientos del entorno físico. Concretamente, se refiere a la capacidad de reproducción y al crecimiento biológico. Pero la perspectiva biológica no es suficientemente amplia como para explicar la madurez humana, porque la adaptación al medio físico no resulta tan relevante en las sociedades avanzadas, donde la tecnología facilita en gran medida esta adaptación. Desde el ámbito sociológico se entiende la madurez como la capacidad del individuo para satisfacer las demandas del sistema social, ayudando a preservar el sistema, y por lo

## Desarrollo y validación del cuestionario SIQUE

tanto la madurez sería el resultado de la socialización. Los elementos clave desde esta perspectiva serían aquellos que permiten mantener relaciones sociales efectivas y contribuir a la continuación del sistema social, como por ejemplo las destrezas comunicativas y lingüísticas, la regulación emocional, el conocimiento de la moralidad, etc. Desde el ámbito psicológico, a menudo se ha vinculado la madurez con la salud psicológica y al ajuste personal y social. Sin embargo, E. Greenberger lo vincula más al desarrollo de la personalidad que al ajuste social (Greenberger y Sørensen, 1973), centrándose en el desarrollo de la personalidad y de las actitudes constructivas hacia uno mismo y hacia los demás. Después de analizar la literatura previa, Greenberger y Sørensen (1974) propusieron un modelo de la madurez psicosocial que es multidimensional, englobando la perspectiva sociológica y la psicológica, que facilitan la supervivencia individual y de la sociedad. Este modelo diferencia entre tres tipos de madurez psicosocial:

- a) Adecuación individual: capacidad del individuo para funcionar de manera adecuada y por sí solo. Se espera que el individuo muestre un grado de autosuficiencia que le permita controlar su vida, al tiempo que no dependa excesivamente de los demás. Esta adecuación incluye tres factores: orientación al trabajo, autonomía e identidad.
- b) Adecuación interpersonal: capacidad de interactuar apropiadamente con los demás en diferentes contextos, como por ejemplo en el ámbito familiar, escolar, económico y político.

Esta adecuación engloba tres factores: destrezas comunicativas, confianza aclarada (capacidad para confiar en los otros cuando es necesario) y conocimiento de los roles principales.

- c) Adecuación social: la capacidad de contribuir a la cohesión y bienestar social. Se compone de tres factores: compromiso social, apertura hacia los cambios sociopolíticos y tolerancia hacia las diferencias individuales y culturales.

Greenberger et al. (1974) desarrollaron el test Psychosocial Maturity Inventory (Greenberger, Josselson, Knerr, y Knerr, 1975) para evaluar la madurez psicosocial de los adolescentes, pero solamente obtuvieron evidencia de la existencia de dos componentes, concretamente la adecuación individual y la social. La adecuación interpersonal en realidad es una combinación de la adecuación social y la individual. Pero a pesar de los resultados, los autores mantuvieron la distinción entre los tres tipos de adecuación. En la presente tesis solamente se contempla la adecuación individual, entendida como la capacidad de asumir obligaciones y de tomar decisiones responsables, considerando las características y necesidades personales y asumiendo además, las consecuencias de los propios actos (Morales-Vives, Camps, y Lorenzo-Seva, 2013). Como se ha comentado previamente, la adecuación individual, o madurez psicológica, se compone de tres factores:

- Autonomía: capacidad para tomar decisiones de forma autónoma, controlando la propia vida y tomando la iniciativa

## Desarrollo y validación del cuestionario SIQUE

cuando es necesario. Este factor se caracteriza por la ausencia de una dependencia excesiva hacia los demás, con un sentido de control sobre la propia vida e iniciativa (Camps, 2015).

- La identidad hace referencia al autoconcepto individual, es decir, la imagen que tiene la persona en relación a quien es, cómo es, y cuáles son sus creencias y deseos, lo que ayuda a dar sentido y valor a la persona. Por lo tanto, en la identidad intervienen los valores, las actitudes, las habilidades y las autoevaluaciones. La construcción de la identidad implica desarrollar un autoconcepto claro, definir cuáles son los objetivos de la propia vida, internalizar unos valores propios y desarrollar la autoestima (Camps, 2015; Josselson, Greenberger, y McConochie, 1977).
- La orientación al trabajo: predisposición a atender las propias responsabilidades y obligaciones, tanto en lo referente a las actividades académicas como a las responsabilidades de la vida diaria. Se caracteriza por la capacidad de experimentar placer en el trabajo y en la finalización con éxito de las tareas (Camps, 2015; Morales-Vives, 2014; Morales-Vives et al., 2013).

Existen pocos estudios sobre el posible papel de la madurez psicológica como predictor de ideación suicida en la adolescencia. Sin embargo, parece ser que los adolescentes con baja madurez tienden a presentar una menor estabilidad emocional (Morales-Vives et al., 2013). Por lo tanto, teniendo en cuenta la relación existente entre inestabilidad emocional e ideación suicida, es posible que la madurez afecte directa



o indirectamente a la ideación suicida. De hecho, el estudio realizado por Dueñas (2011) indica que la identidad es un predictor directo de la ideación suicida en los adolescentes, tanto en chicos como en chicas. Sin embargo, la autonomía es un predictor directo solo en los chicos. Concretamente, los hombres con un menor autoconocimiento, autonomía y orientación al trabajo tienden a presentar niveles más altos de ideación suicida. En el caso de las mujeres, la autonomía y la orientación al trabajo no parecen relevantes en la predicción de la ideación suicida, pero sí la identidad.

La identidad se va construyendo y reconstruyendo a lo largo de la vida, en función de las experiencias vitales. Sin embargo, existe cierta permanencia en algunos aspectos de la identidad personal a través del tiempo. Este aspecto ha sido denominado por algunos autores como Identidad continua, y se define como el grado en el que un individuo se siente como la misma persona cuando mira en su pasado o futuro. La falta de una identidad continua está relacionada tanto con la sintomatología depresiva como con los diferentes comportamientos suicidas (Sokol y Eisenheim, 2016). Más específicamente, la falta de cohesión entre la percepción del yo presente y del yo futuro aumenta el riesgo de tomar decisiones precipitadas, sacrificando los propios intereses futuros a expensas de obtener peores recompensas pero más inmediatas. Esta falta de una identidad integrada está relacionada con la delincuencia y con diversas enfermedades mentales y también con las tendencias suicidas (Sokol y Eisenheim, 2016).

Labouliere, Kleinman, y Gould (2015) han vinculado la autonomía con la ideación suicida en adolescentes. Al parecer, esta relación entre la autonomía y la ideación suicida puede estar mediada por la variable búsqueda de ayuda. En situaciones conflictivas, una extrema autonomía puede dificultar la búsqueda de ayuda. Puede ser que el individuo se perciba tan autosuficiente que no sea capaz de manifestar su necesidad de ayuda a otras personas, lo que podría incrementar la posibilidad de pensar en el suicidio como una salida a sus problemas. Sin embargo, hay pocas investigaciones que hayan estudiado la contribución de la autonomía a las diferentes manifestaciones suicidas en los adolescentes.

### **1.6.2.5. Victimización**

Rodríguez (2014) define la victimización como el proceso por el cual una persona o un grupo se convierten en víctima. Existen diferentes formas de victimización:

a) Victimización conocida o desconocida. Al contrario que en la victimización oculta, en la victimización conocida la situación trasciende el ámbito privado y llega a ser conocida por el resto de personas, e incluso por las instituciones de justicia, la escuela, u otros organismos oficiales, como la escuela.

b) Victimización directa o indirecta. La primera se refiere a la agresión sufrida en primera persona, ya sea como daño psicológico, amenazas a la propia vida y lesiones físicas leves o graves, lo cual genera en la víctima una percepción de daño intencionado, mientras que la indirecta hace referencia a la que sufren las personas que tienen una estrecha relación con el agredido. Un contacto cercano y prolongado con una persona que ha sufrido o sufre agresiones puede actuar como estresor en familiares y allegados. Por ejemplo, actualmente se considera que los niños/as que presencian violencia de género en sus casas también son víctimas, aunque ellos no sufran daño físico alguno, porque la percepción de las agresiones contra la madre puede generar una gran angustia y sensación de indefensión.

## Desarrollo y validación del cuestionario SIQUE

c) Victimización primaria, secundaria o terciaria. La victimización primaria es aquella que se dirige a una persona en particular, mientras que la victimización secundaria es aquella que va dirigida a un grupo y la terciaria es la que va dirigida a la población en general.

En relación a la última clasificación, existe cierta controversia en la literatura, debido que muchos autores definen la victimización secundaria como el agravamiento de la victimización primaria, a través de la interacción inapropiada entre el entorno social y la víctima. Por ejemplo, el hecho de tener que explicar la vivencia de una agresión sexual en diferentes momentos y ante diferentes personas (policías, jueces, etc.) puede facilitar que la víctima reviva la angustia sufrida, e incluso que sufra actitudes sexistas que pongan en entredicho sus vivencias y explicaciones, convirtiendo a la persona nuevamente en víctima, aunque de otra manera (Espina y Pumar, 1996; Marchori, 2007; Soria-Verde, Hernández-Vera, y Robles-Fernández, 1994).

Los diferentes autores están de acuerdo en que la victimización implica el uso de algún tipo de violencia hacia la víctima, pero definir en qué consiste la violencia resulta complejo. De hecho, la definición puede variar en función de si se tienen en cuenta las reglas legales, sociales, éticas o morales, que varían en cada sociedad. Por consiguiente, lo que está considerado violencia en un entorno, puede no serlo en otro. Por lo tanto, la violencia puede definirse de muchas maneras, según quién lo haga y con qué propósito (OPS, 2002). Sin embargo, una de las definiciones más

aceptada y completa es la propuesta por la OMS (1996), que la define como el uso deliberado de la fuerza física o el poder, ya sea en grado de amenaza o como un hecho, contra uno mismo, otra persona o un grupo o comunidad, que cause o tenga muchas probabilidades de causar lesiones, muerte, daños psicológicos, trastornos del desarrollo o privaciones. La definición comprende tanto la violencia interpersonal como el comportamiento suicida y los conflictos armados.

Respecto a la violencia llevada a cabo en los entornos educativos, en la literatura se suele hablar de *bullying*, aunque este término es un anglicismo. Por ese motivo, la RAE aconseja utilizar en español la palabra acoso escolar. El acoso se considera un tipo de violencia prolongada y repetida, que daña a la integridad física o psicológica de la víctima, y que es llevada a cabo por un individuo o un grupo, y que se dirige contra un individuo que no es capaz de defenderse de dicha situación (Blanchard-Giménez y Muzás-Rubio, 2007). Según la ONG Save the Children (2014), el 9,3 % de los estudiantes españoles sufren acoso. Al parecer, el acoso escolar se ha incrementado en los últimos años en España, en parte debido al uso de las nuevas tecnologías, que facilita este tipo de violencia.

Numerosos estudios han relacionado la victimización con las diferentes manifestaciones suicidas (Arango, Opperman, Gipson, y King, 2016; Crepeau-Hobson y Leech, 2016; Eisenberg, McMorris, Gower, y Chatterjee, 2016; Hinduja y Patchin, 2010; Kaltiala-Heino, Rimpelä, Marttunen, Rimpelä, y Rantanen, 1999; Kowalski y Limber, 2013; Van Geel

## Desarrollo y validación del cuestionario SIQUE

et al., 2014; Young, Koh, y Leventhal, 2005). Concretamente, se pueden identificar dos tipos de estudios:

- 1) Estudios centrados en la victimización como resultado de la violencia producida por agresiones directas. Concretamente, el agresor y la víctima son fácilmente identificables y el daño es infligido directamente por el agresor, de forma física, sexual o verbal (Björkqvist, Österman, y Kaukiainen, 1992).
- 2) Estudios centrados en la victimización como resultado de la violencia producida por agresiones indirectas, es decir, no se manifiesta directamente contra la persona que se pretende atacar. Concretamente, consiste en una manipulación social en la cual el agresor actúa a través de las personas relacionadas con la víctima, difundiendo rumores maliciosos, cotilleos, o incitando al grupo a que excluya a la otra persona (Björkqvist, et al. 1992), dañando a la víctima a través de su entorno social. Aunque gran parte del acoso escolar está vinculado a agresiones indirectas, existen pocas investigaciones sobre este aspecto.

La agresión indirecta es el tipo de agresividad que más están sufriendo los adolescentes en los últimos años, especialmente por el auge en el uso de las nuevas tecnologías y redes sociales en estas edades. Al parecer, las agresiones indirectas pueden ser relevantes en el estudio de la victimización en adolescentes y la relación con la ideación suicida. (Albright

et al., 2016; Catanzaro, 2011; Descartes y Maharaj, 2016; Kokkinos y Voulgaridou, 2017; Magaz, Chorot, Santed, Valiente, y Sandín, 2016). Las víctimas de acoso por agresión indirecta tienen un mayor riesgo de desarrollar problemas mentales en la edad adulta, incluyendo trastornos depresivos y conductas suicidas, sobre todo si la exposición a estas agresiones se ha iniciado en la niñez y ha continuado en la adolescencia (Fite, Stoppelbein, Greening, y Preddy, 2011; Sandoval et al., 2015).

El acoso cibernético suele implicar agresiones indirectas. El ciberacoso entre los adolescentes es un problema importante, debido a su mayor uso de los medios sociales (Alim, 2016). Concretamente, se utilizan las herramientas de telecomunicaciones y redes sociales como WhatsApp, Facebook, Instagram, Twitter, etc., para excluir a la víctima, manipular el entorno, crear cotilleos, crear montajes fotográficos, burlarse, exponer y divulgar información privada o difundir falsos rumores (Garaigordobil, 2011; Li, Cross, y Smith, 2012). Éste tipo de agresión es especialmente dañina, teniendo en cuenta que no se acaba después del horario escolar, sino que perdura a lo largo del día, fines de semana, etc. El ciberacoso ha sido relacionado con la ideación suicida en población adolescente de forma positiva en diferentes estudios (Escobar Echavarría, Montoya González, Restrepo Bernal, y Mejía Rodríguez, 2016; Force, 2016; Ranney et al., 2016; Reed, Nugent, y Cooper, 2015; Sampasa-Kanyinga, Roumeliotis, y Xu, 2014). Por lo tanto, es necesario tener en cuenta este tipo de vivencias en los estudios sobre la ideación suicida en adolescentes.

## Desarrollo y validación del cuestionario SIQUE

La exposición frecuente a la victimización en la adolescencia se relaciona con un alto riesgo de depresión, ideación suicida e intentos de suicidio, en comparación con adolescentes que no sufren esta situación de violencia (Brunstein Klomek, Marrocco, Kleinman, Schonfeld, y Gould, 2007; Liang, Flisher, y Lombard, 2007; Van Geel et al., 2014). Parece ser que los adolescentes involucrados en comportamientos violentos, ya sea en posición de víctima o agresor, son más propensos a experimentar manifestaciones suicidas. Por lo tanto, es una variable a tener en cuenta en la predicción de la ideación suicida en adolescentes (Sánchez, Villareal, Misutu, y Martínez, 2010). De hecho, ser víctima de acoso escolar puede contribuir al desarrollo de la ideación suicida junto con la depresión (Fite, Stoppelbein, y Greening, 2009; McGirr et al., 2008). Al parecer, la victimización puede perdurar en el tiempo y en muchos casos permanecer en los cambios hacia otras etapas evolutivas. Este tipo de victimización puede ser silenciosa y pasar desapercibida por maestros y padres, lo que propicia la cronicidad del rol de víctima (Zych, Ortega-Ruiz, y Del Rey, 2015).



### **1.6.2.6. Otros predictores de la ideación suicida**

Un gran número de factores de riesgo de la ideación suicida en la adolescencia están relacionados directa o indirectamente con la familia, entre ellos los estilos educativos parentales y las relaciones entre padres e hijos. Por ejemplo, una deficiente regulación social por parte de los padres estaría relacionada con pensamientos suicidas en adolescentes. Sin una regulación y supervisión adecuada en la infancia, los niños pueden tener dificultades para autorregularse, lo cual genera que en la adolescencia tiendan a ser más impulsivos y más proclives a involucrarse en comportamientos de riesgo (Cheng et al., 2009).

Las relaciones entre padres y adolescentes juegan un papel fundamental en la ideación suicida de los adolescentes (Ainsworth, Blehar, Waters, y Wall, 2015; Bowlby y John, 1982). Kwok (2014) observó que la ideación suicida en la adolescencia está relacionada con aspectos familiares negativos como el excesivo control por parte de los padres, pero también con la despreocupación. De hecho, los adolescentes que sienten que sus padres los apoyan y se preocupan por ellos tienen una sensación de valía e importancia que podría aumentar la motivación para enfrentarse a los problemas, dotando sus vidas de significado, lo que funciona como un factor protector de la ideación suicida. Igualmente, Lai y McBride-Chang (2001) encontraron que la ideación suicida está relacionada con el estilo educativo parental autoritario, con la falta de apoyo por parte de los padres, con la sobreprotección materna y con un entorno familiar negativo.

## Desarrollo y validación del cuestionario SIQUE

Li, Li, Wang, y Bao (2016) destacan tres aspectos vinculados a la crianza que afectan a la ideación suicida:

1. La calidez en la relación con los padres: refleja el apoyo o aceptación que los padres muestran a sus hijos (por ejemplo, la sensación de poder recurrir a los padres si tienen algún problema). Al parecer, este tipo de crianza se relaciona negativamente con la ideación y los intentos suicidas. Según los autores, este tipo de relación proporciona al adolescente más seguridad para enfrentarse a sus problemas, mejorando su capacidad de adaptación.
2. El control conductual: hace referencia a la vigilancia y restricciones por parte de los padres, como por ejemplo preguntar sobre las actividades de sus hijos fuera de la escuela o establecer permisos y condiciones para poder salir de casa. Un excesivo control conductual se correlaciona negativamente con la ideación suicida, pero no con otras manifestaciones suicidas. Parece ser que un excesivo control conductual no es por sí mismo suficiente para predecir un intento de suicidio, sobre todo si existe un adecuado apoyo por parte de los padres o si existen variables protectoras.
3. El control psicológico: se refiere a la inducción de culpa, retirada de amor y afirmación de autoridad por parte de los

padres, como por ejemplo no proporcionar afecto cuando los hijos piensan de forma diferente o sus gustos difieren. Este tipo de control se relacionó positivamente con la ideación suicida y los intentos de suicidio. Los autores sugieren que este tipo de crianza interfiere con la satisfacción de las necesidades psicológicas de los adolescentes, lo cual puede generar que las conductas suicidas aparezcan como una forma de escape ante el malestar emocional.

Florenzano et al. (2011) estudiaron los estilos educativos parentales como factores protectores de la ideación suicida en dos grupos de adolescentes: con depresión y sin depresión. Los autores identificaron nueve factores protectores en común para ambos grupos, los cuales se presentan de mayor a menor relación: autoestima, aceptación parental, autonomía psicológica parental, calidad en la relación con la madre, calidad en la relación con el padre, amabilidad parental, expresión de afectos físicos, monitoreo paterno y participación en decisiones familiares. Al parecer, los adolescentes sin síntomas depresivos tienen más factores protectores hacia la ideación suicida que los adolescentes que padecen algún síntoma. A modo de conclusión y según los autores, los adolescentes cuyos padres ejercen autonomía psicológica, aceptación parental, expresión de afectos físicos, amabilidad parental y monitorización paterna, presentan menos ideación suicida que los adolescentes cuyos padres carecen de estas características.

## Desarrollo y validación del cuestionario SIQUE

Desde el plano social, la carencia de apoyo social por parte de la familia, amigos, compañeros, etc., es un predictor de la ideación suicida en adolescentes y jóvenes adultos (Khan, Hamdan, Ahmad, Mustaffa, y Mahalle, 2016). El mantenimiento de relaciones sólidas con los padres y la capacidad para establecer y mantener una red independiente de amigos cercanos y estrechos vínculos con la comunidad, resulta de suma importancia para el desarrollo evolutivo. De hecho, Pérez-Amezcu et al. (2010) observaron que los estudiantes con bajo apoyo familiar tenían un 69% más de probabilidad de experimentar ideación suicida. La percepción de apoyo social es necesaria para el crecimiento social y emocional (Papalia y Feldman, 2012; Steinberg y Morris, 2001). Cuando esta tarea clave en el desarrollo humano no es resuelta con éxito, los adolescentes pueden percibir bajo apoyo social y presentar mayor riesgo de depresión e ideación suicida (Adrian, Miller, McCauley, y Vander Stoep, 2016; Czyz, Liu, y King, 2012; Evans et al., 2004; Rueger, Chen, Jenkins, y Choe, 2014). En la misma línea, Miller, Esposito-Smythers, y Leichtweis (2015), sugieren que las bajas percepciones de apoyo social en un contexto escolar y familiar se asocian de forma independiente y negativa con la ideación suicida en adolescentes, incluso después de controlar la depresión.

### **1.6.3. Evaluación psicológica de la ideación suicida**

La ideación suicida es una variable compleja que consta de diferentes matices con distintos grados de intensidad. Por consiguiente, es necesaria una buena evaluación, en primer lugar para poder realizar intervenciones adecuadas y en segundo lugar para realizar programas preventivos eficaces que eviten el paso de la ideación suicida al comportamiento suicida. En consonancia, una de las principales herramientas a tener en cuenta en el momento de plantear programas de prevención e intervención es la evaluación por medio de instrumentos objetivos. Dado que la evaluación es un factor de suma importancia para comprender el fenómeno de la ideación suicida en adolescentes, a continuación se explican diversas cuestiones relevantes a tener en cuenta.

Como se ha comentado, los comportamientos suicidas causan millones de muertes anuales, sobretodo en población productiva. Ante la magnitud de este problema social, surgió la necesidad, por parte de diferentes profesionales, de atender las necesidades derivadas de estas conductas. Una de estas necesidades es la evaluación psicológica; de ahí que en los últimos años se hayan realizado diferentes estudios sobre el tema. Dichas investigaciones son de gran ayuda para la implementación de programas de prevención del suicidio y promoción de variables protectoras. Por otra parte, la evaluación psicológica ayuda a la identificación de personas con riesgo suicida desde diferentes ámbitos de atención, sobretodo en población

## Desarrollo y validación del cuestionario SIQUE

adolescente. En esta etapa evolutiva se experimentan cambios físicos y psicológicos que pueden generar confusión en el reconocimiento de posibles peligros suicidas. Dada la importancia de la evaluación psicológica en la ideación suicida, resulta necesario disponer de instrumentos fiables y válidos.

Las primeras evaluaciones científicas de los comportamientos suicidas se llevaron a cabo entre los años 1.940 y 1.960. Estas estimaciones se centraban básicamente en la tipificación de variables sociodemográficas. Dichas evaluaciones se realizaban por un profesional de la salud mental y contaban con poca o ninguna fiabilidad y rigor psicométrico. Tiempo después, al principio de los años 80, estos instrumentos fueron sustituidos por otros con mayor fiabilidad, validez y evidencia científica (Range y Knott, 1997).

Posteriormente, en la década de los años 90, Range y Knott (1997) agruparon los instrumentos de evaluación de las conductas suicidas en cinco categorías: a) instrumentos administrados por el profesional, b) instrumentos autoadministrados, c) cuestionarios autoadministrados que evalúan factores protectores frente al suicidio, (d) instrumentos para niños y adolescentes y (e) escalas con otros propósitos (por ejemplo, evaluar la opinión frente al suicidio o las actitudes ante la vida). Range y Knott (1997) revisaron las 20 escalas más utilizadas y conocidas en aquel momento. Entre todos estos cuestionarios destacaron, en primer lugar, las propiedades psicométricas de los

instrumentos de Beck: Escala de ideación suicida, Escala modificada de ideación suicida y Escala de autopercepción de la ideación suicida (SSI, SSI-M, SSI-SR). Estas escalas son consideradas como excelentes medidas generales de evaluación del riesgo de suicidio. En segundo lugar, destacaron el “Reasons for Living Inventory” (RFL; Linehan, Goodstein, Nielsen, y Chiles, 1983), que se considera una medida excelente, en especial para la práctica investigadora. Por último, el “Suicide Behaviors Questionnaire” (SBO) y el “Suicide Behaviors Questionnaire for children” (SBO-R; Linehan, 1981) son recomendables tanto en la práctica investigadora como en entornos clínicos, por su facilidad de administración y puntuación, y sus propiedades psicométricas razonables.

Años más tarde, Brown (2001) realizó una nueva revisión sistemática, especialmente enfocada al análisis de las escalas de comportamiento y de ideación suicida en jóvenes y adultos. El objetivo era identificar los instrumentos más utilizados, sus propiedades psicométricas y la eficacia de las intervenciones psicológicas. Para realizar dicha investigación, tuvo en cuentas los instrumentos de ideación suicida y otras variables asociadas, como la desesperanza y razones para vivir. Se basó también en la premisa de que algunas medidas no evalúan directamente la conducta suicida, aunque evalúan variables estrechamente asociadas con el suicidio. El autor concluyó que existe una gran heterogeneidad en las medidas, aunque consideró que contar con una variedad de instrumentos es algo positivo para este

## Desarrollo y validación del cuestionario SIQUE

ámbito. No obstante, esta diversidad hace que la generalización de los resultados sea difícil, sobre todo por la dificultad de comparar los resultados de diferentes estudios, lo que a su vez dificulta la acumulación del conocimiento sobre la etiología del suicidio, y por consiguiente, su prevención y tratamiento.

En la Tabla 2 se presentan los principales cuestionarios desarrollados para evaluar la ideación suicida, junto con sus subescalas y sus propiedades psicométricas. Aunque, en general, los cuestionarios presentados en esta tabla han sido muy utilizados en este ámbito, la mayoría no han sido convenientemente adaptados a la lengua española. Por ese motivo, la presente tesis se centra en el desarrollo de un test, en lengua española, para evaluar la ideación suicida de los adolescentes.



UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI  
DESARROLLO Y VALIDACIÓN DEL CUESTIONARIO SIQUE: EVALUACIÓN DE LA IDEACIÓN SUICIDAS EN LA ADOLESCENCIA  
DESDE UNA APROXIMACIÓN SITUACIONAL  
Jorge Manuel Dueñas Rada

Desarrollo y validación del cuestionario SIQUE

Tabla 2

*Instrumentos de evaluación de la ideación suicida.*

Cuestionarios	Características
<p><b>Scale for Suicide Ideation (SSI; Beck et al., 1979a)</b></p>	<p><i>Descripción:</i> entrevista semiestructurada que contiene 19 ítems. Su objetivo es evaluar la ideación suicida y su grado de gravedad e intensidad. Cada ítem consta de tres opciones de respuesta, en una escala de 3 puntos que va de 0 a 2. Su tiempo de aplicación es de aproximadamente 5-10 minutos.</p> <hr/> <p><i>Tipo de población:</i> comunitaria y clínica (adolescentes y adultos).</p> <hr/> <p><i>Fiabilidad (Alfa de Cronbach):</i> .89-.96.</p> <p><i>Validez de constructo:</i> presenta una estructura factorial adecuada. Consta de tres dimensiones: deseo activo de suicidio, preparación del acto suicida y deseo pasivo de suicidio.</p> <p><i>Validez de criterio:</i> el SSI correlaciona significativamente con el cuestionario de depresión de Beck y la escala Hamilton de depresión (Beck et al., 1997). Por otra parte, este cuestionario ha sido relacionado con intentos de suicidio anteriores y la gravedad de la depresión. El SSI discrimina entre pacientes suicidas y pacientes con depresión.</p>

---

*Adaptación española:* existe una versión autoadministrada, desarrollada por Villardón (1998), con cuatro alternativas de respuesta. Esta adaptación presenta una adecuada estructura factorial y un coeficiente de fiabilidad de .90. Está compuesto por 10 ítems con cuatro alternativas de respuesta, graduadas en función del grado de ideación suicida que representan. Al contrario que en la versión original, esta versión es unifactorial y se refiere al deseo de suicidio.

---

**Scale for Suicide Ideation-Worst (SSI-W; Beck, Brown, y Steer, 1997)**

*Descripción:* escala heteroadministrada. Consta de 19 ítems y evalúa la ideación suicida más grave, considerando las actitudes, los comportamientos y los planes para cometer un posible acto autodestructivo. Fue diseñado con el objetivo de obtener una estimación más precisa del riesgo suicida. El entrevistador guía al individuo a recordar el momento y las circunstancias en las que experimentó el deseo más intenso de suicidio. Cada ítem tiene tres opciones de respuesta y se puntúa de 0 a 2.

---

*Tipo de población:* clínica

---

*Fiabilidad (Alfa de Cronbach):* .89

*Validez de constructo:* el SSI-W presenta dos dimensiones subyacentes positivamente relacionadas: preparación (9 ítems) y Motivación (8 ítems) de la ideación suicida.

*Validez de criterio:* el instrumento correlaciona con otras variables relacionadas, entre

## Desarrollo y validación del cuestionario SIQUE

---

ellas la depresión, la desesperanza, el trastorno del estado de ánimo, los trastornos de la personalidad y los intentos de suicidio previos. También está relacionado de forma positiva con variables que reflejan características crónicas psicopatológicas, como por ejemplo haber sufrido una hospitalización psiquiátrica, haber recibido psicoterapia o medicación psicotrópica, o haber sido diagnosticado con un trastorno de personalidad.

*Adaptación española:* se desconocen adaptaciones

---

### **Beck Scale for suicide ideation (BSI; Beck y Steer, 1991)**

*Descripción:* el instrumento contiene 21 ítems autoadministrados. Pretende detectar y evaluar la intensidad específica de las actitudes, comportamientos y planes suicidas durante la última semana. Cada ítem tiene tres opciones de respuesta que se puntúan de 0 a 2.

---

*Tipo de población:* clínica

---

*Fiabilidad (Alfa de Cronbach):* .87-.97 Fiabilidad test-retest de .54.

*Validez de constructo:* consta de tres factores: deseo de muerte (5 ítems), preparación para el suicidio (7 ítems), deseo de suicidio real (4 ítems).

*Validez de criterio:* correlaciona moderadamente con el Inventario de depresión de Beck (BDI; Beck et al., 1978) y la Escala de desesperanza de Beck (Beck, Weissman, Lester, y Trexler, 1974).

---

*Adaptación española: se desconocen adaptaciones.*

---

**Modified Scale for  
suicide ideation (MSSI;  
Miller, Norman, Bishop  
y Dow, 1986)**

*Descripción:* es una versión revisada de la escala SSI que contiene 18 ítems, de los cuales 13 están basados en el SSI. Los 5 nuevos ítems evalúan aspectos adicionales en relación a la intensidad de la ideación suicida, el coraje y la competencia para intentar el suicidio, y la capacidad para hablar y escribir sobre la muerte. Esta modificación permitió obtener una mejor fiabilidad y validez. La escala contiene 4 ítems que permiten determinar si los pensamientos son lo suficientemente graves para justificar la aplicación total de la escala. Cada ítem tiene tres opciones de respuesta que se puntúan de 0 a 3.

---

Tipo de población: clínica

---

## Desarrollo y validación del cuestionario SIQUE

---

Fiabilidad (Alfa de Cronbach): .87-.94. Fiabilidad test-retest de .65 durante un periodo de dos semanas.

Validez de constructo: contiene dos factores: 1) Deseo e ideas suicidas y 2) Planes y preparación. El instrumento está correlacionado con la escalas de ideación suicida SSI (Clum y Yang, 1995) y la escala de depresión BDI (Miller et al., 1986).

Validez de criterio: el MSSI está correlacionado con los cuestionarios de desesperanza de Beck y de depresión de Zung (1986), según el estudio de Clum y Yang (1995).

---

*Adaptación española:* se desconocen adaptaciones.

---

### **Suicide Probability Scale (SPS; Cull y Gill, 1982)**

Descripción: escala autoadministrada que contiene 36 ítems. Consta de las siguientes subescalas: 1) Desesperanza (12 ítems), 2) Ideación suicida (6 ítems), 3) Actitud positiva (6 ítems), 4) Hostilidad (7 ítems), 5) Cercanía interpersonal (3 ítems) e 6) Impulsividad con ira (2 ítems). Además, este cuestionario contiene 4 subescalas clínicas: Desesperanza, Ideación suicida, autoevaluación negativa, y Hostilidad. Se considera que a menor puntuación en las subescalas, menor probabilidad de riesgo suicida. Cada ítem tiene 4 opciones de respuesta que van desde 1 (nunca) a 4 (siempre). Las puntuaciones globales en las cuatro subescalas sitúan a los individuos

---

---

en riesgo suicida leve, moderado o severo.

---

Tipo de población: clínica y comunitaria, adolescentes.

---

Fiabilidad: (alfa de Cronbach): .93 para el factor general. La consistencia interna de las subescalas (alfa de Cronbach) oscila entre .62 y .89. Fiabilidad test-retest de .92 en un periodo de tres semanas.

Validez de constructo: un análisis de componentes principales realizado por los autores reveló los siguientes 6 componentes: Desesperanza, ideación suicida, actitud positiva, hostilidad, cercanía interpersonal e impulsividad. El SPS discrimina entre personas sin ideación o intento suicida, pacientes psiquiátricos y con intento de suicidio.

Validez de criterio: el cuestionario está correlacionado con la depresión, la psicopatía, la paranoia y la esquizofrenia.

---

Adaptación española: se desconoce adaptaciones.

---

## Desarrollo y validación del cuestionario SIQUE

---

**Positive and Negative Suicide Ideation Inventory (PANSI; Osman et al; 1998)** Descripción: cuestionario autoadministrado que contiene 14 ítems, 6 de los cuales evalúan ideación suicida positiva (factores protectores) y 8 ideación suicida negativa (factores de riesgo). Por lo tanto, a través de estas dos subescalas se evalúa los pensamientos positivos y negativos relacionados con el suicidio en las últimas dos semanas. Los ítems contienen 5 alternativas de respuesta, que van de 0 (nunca) a 4 (la mayoría del tiempo).

---

Tipo de población: comunitaria, estudiantes universitarios.

---

Fiabilidad (alfa de Cronbach): entre .80-.93 en las dos subescalas.

---

Validez de constructo: el PANSI presenta dos dimensiones, ideación suicida positiva e ideación suicida negativa. La escala de ideación positiva correlacionó negativamente con el SPS ( $r=-.47$ ) y con ítems del SBQ (SBQ; Linehan, 1981). Las puntuaciones de ideación suicida negativa correlacionaron positivamente con el SPS y con ítems del SBQ.

---

Adaptación española: desconocemos adaptaciones en población española. Sin embargo, existe una adaptación al castellano en Colombia, desarrollada por Villalobos-Galvis (2010). Está versión mantiene una estructura bifactorial y presenta una adecuada fiabilidad (alpha de Cronbach de .90 para la escala total, de .93 para la subescala negativa y de .84 para la positiva). Las puntuaciones correlacionan con

---



---

constructos asociados como la desesperanza, la depresión y la autoestima.

---

**Suicide Behaviors  
Questionnaire (SBQ;  
Linehan, 1981)**

Descripción: cuestionario autoadministrado con ítems tipo Likert. Evalúa la frecuencia de las ideas de suicidio, la comunicación de los pensamientos suicidas, las actitudes y las expectativas de realizar en el momento presente un intento de suicidio.

---

Tipo de población: clínica y comunitaria, adultos y adolescentes.

---

Fiabilidad (alfa de Cronbach): .75 muestra clínica y .80 en muestra comunitaria.

Fiabilidad test-retest de .95 en un periodo de dos semanas.

Validez de constructo: el SBQ es unidimensional. Correlaciona positivamente y significativamente con el cuestionario SSI.

Validez de criterio: las puntuaciones totales del SBQ correlacionaron positivamente con el Inventario de depresión y desesperanza de Beck. Por otra parte, correlacionó negativamente con el cuestionario Reasons for Living Inventory (LRFL; Linehan et al., 1983).

---

Adaptación española: se desconoce adaptaciones.

---

## Desarrollo y validación del cuestionario SIQUE

---

### **Reasons for Living Inventory (LRFL; Linehan et al., 1983)**

Descripción: consta de 48 ítems que evalúan los posibles motivos, expectativas y creencias para no suicidarse. Este cuestionario permite estudiar las diferencias entre las personas que se involucran en conductas suicidas y las que no. El cuestionario tiene 6 opciones de respuesta en escala Likert, que van de 1 (nada importante) hasta 6 (extremadamente importante). Este cuestionario posteriormente ha sido adaptado y abreviado para población adolescente.

Tipo de población: clínica y comunitaria. Adultos y adolescentes.

---

Fiabilidad (alfa de Cronbach):.89 para la escala total, y entre .72 y .89 para las subescalas. Fiabilidad test-retest: de .75 a .85 para las seis subescalas, durante un periodo de tres semanas.

Validez de constructo: contiene 6 factores: 1) Creencias de supervivencia y afrontamiento (24 ítems), 2) Responsabilidad con la familia (7 ítems), 3) Preocupaciones relacionadas con los hijos (3 ítems), 4) Miedo a suicidarse (7 ítems), 5) Miedo a la desaprobación social (3 ítems), y 6) Objeciones morales (4 ítems). Algunas de las subescalas logran diferenciar a individuos suicidas de no suicidas. Además, el análisis factorial reveló las seis subescalas esperadas. Las siguientes cuatro de las subescalas correlacionaron negativamente con las medidas de ideación suicida (correlaciones de -.13 a -.53) y la probabilidad de suicidio (correlaciones de -.28 a -.67):

---

---

Creencias de supervivencia y afrontamiento, Responsabilidad con la familia, Preocupaciones relacionadas con los hijos y objeciones morales.

Validez de criterio: el LRFL correlaciona con medidas relacionadas con la ideación suicida como la depresión y la desesperanza.

---

Adaptación española: Oquendo, Baca-gar y Morales (2000) realizaron la adaptación española, que cuenta con propiedades psicométricas adecuadas, similares al cuestionario original, por lo que el cuestionario es apto para ser utilizado en población española.

---

**Suicide Ideation  
Questionnaire - Junior (SIQ-  
JR; Reynolds y Mazza, 1999)**

Descripción: es una medida fiable y válida para la evaluación de la ideación suicida en niños y adolescentes. Evalúa la severidad y frecuencia de la ideación suicida. Se requiere de 5 a 8 minutos aproximadamente para contestarlo. Este cuestionario puede ser contestado individualmente o en grupo, y se compone de 15 ítems con 7 opciones de respuesta que van de 0 (nunca) a 6 (casi todos los días). Cada pregunta trata sobre una cognición suicida específica.

---

Tipo de población: comunitaria, específicamente adolescentes.

---

Fiabilidad (alfa de Cronbach): .93-.96 para las subescalas, y Fiabilidad test-retest de

## Desarrollo y validación del cuestionario SIQUE

---

.89.

Validez de constructo: el cuestionario es unifactorial. El SIQ-JR correlacionó con otras medidas de ideación suicida y discriminó entre posibles intentos suicidas en el futuro.

Validez de criterio: SIQ-JR correlaciona moderadamente (.52-.70) con la depresión, la desesperanza, la indefensión aprendida y la autoestima.

Adaptación española: se desconoce adaptaciones

---

### **Multi-Attitude Suicide tendency scale (MAST; Orbach et al., 1991)**

Descripción: cuestionario diseñado específicamente para adolescentes. Contiene 30 ítems que evalúan 4 tipos de actitudes: 1) Atracción hacia la vida, 2) Atracción hacia la muerte, 3) Repulsión por la vida y 4) Repulsión por la muerte. Los ítems tienen 5 opciones de respuesta que van de 1 (Muy de acuerdo) hasta 5 (Muy en desacuerdo).

---

Tipo de población: comunitaria, adolescentes.

---

Fiabilidad (alfa de Cronbach): .71-.83 para las subescalas.

Validez de constructo: consta de 4 factores: Atracción hacia la vida, Atracción hacia la muerte, Repulsión hacia la vida, y Repulsión hacia la muerte. Los cuatro factores obtenidos en el análisis factorial evalúan, las actitudes hacia la vida y la muerte. Las subescalas de atracción hacia la vida y repulsión hacia la vida correlacionaron con las puntuaciones del SBQ.

---

---

Validez de criterio: el MAST correlaciona con síntomas psiquiátricos y escalas sanitarias. Cabe resaltar que las subescalas están afectadas por el sesgo de deseabilidad social (Winters, Myers, y Proud, 2002).

---

Adaptación española: se desconoce adaptaciones

---

**Fairy Tales Test (Orbach et al, 1983)**

Descripción: cuestionario basado en cuentos, diseñado especialmente para niños menores de 10 años. Se compone de dos conjuntos paralelos de historias, y cada grupo contiene cuatro relatos. Cada uno de los cuentos tiene un héroe animal o un personaje de fantasía, y proyecta una de las siguientes cuatro actitudes: 1) Atracción hacia la vida, 2) Atracción hacia la muerte, 3) Repulsión hacia la vida, 4) Repulsión hacia la muerte. Por ejemplo, la viñeta de atracción hacia la vida es una historia similar a la de Pinocho, donde un títere de madera desea ser un humano. El niño deberá responder las preguntas después de haber escuchado el relato.

---

Tipo de población: clínica y comunitaria. Niños/as menores de 10 años.

---

## Desarrollo y validación del cuestionario SIQUE

---

Fiabilidad: la evidencia de fiabilidad es limitada debido a que cada una de las actitudes se evalúa a partir de una sola pregunta y respuesta. Sin embargo, las correlaciones test-retest para los cuatro factores han sido generalmente significativas, en un período de tiempo de 4 semanas, siendo el factor más débil el de Atracción hacia la muerte.

Validez de constructo: el cuestionario contiene 4 factores: Atracción hacia la vida, Atracción hacia la muerte, Repulsión hacia la vida y Repulsión hacia la muerte. El cuestionario logra discriminar entre niños suicidas y niños sin ningún intento suicida.

---

Adaptación española: se desconocen adaptaciones.

---

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI  
DESARROLLO Y VALIDACIÓN DEL CUESTIONARIO SIQUE: EVALUACIÓN DE LA IDEACIÓN SUICIDAS EN LA ADOLESCENCIA  
DESDE UNA APROXIMACIÓN SITUACIONAL  
Jorge Manuel Dueñas Rada

## 1.7. Objetivos e hipótesis de la investigación

Teniendo en cuenta que hay pocos test de ideación suicida en castellano diseñados especialmente para la población adolescente, el objetivo principal de esta investigación consiste en desarrollar y validar un cuestionario con adecuadas propiedades psicométricas que permita evaluar la ideación suicida en esta población. Además, el objetivo es que este test proporcione información adicional a la ofrecida por los cuestionarios tradicionales. De hecho, no hay test de ideación suicida que incluyan diferentes situaciones o contextos propios de esta etapa evolutiva, a pesar de que para el psicólogo clínico puede resultar relevante poder determinar si hay algún tipo de situación especialmente problemática que desencadene la ideación suicida en un adolescente en particular. Un adolescente puede sentir más emociones negativas con la familia que en otros contextos, a causa de problemas familiares, mientras que otros pueden sentir este tipo de emociones cuando están con el grupo de iguales, a causa de la presión social del grupo, *bullying*, etc. Por este motivo, en el test desarrollado en este estudio se han incluido diferentes situaciones, tanto positivas como negativas, que puede vivir un adolescente con sus familiares, con el grupo de iguales o con extraños. Por otra parte, paralelamente a otros cuestionarios, no validados en España, como el Positive And Negative Suicide Ideation Inventory (PANSI; Osman, Gutierrez, Kopper, Barrios y Chiros, 1998), en este cuestionario se evalúa también la ideación suicida positiva, en otras palabras, los pensamientos



positivos vinculados a la voluntad de vivir. Según Osman et al. (1998), para determinar la gravedad de la ideación suicida es necesario evaluar tanto los pensamientos positivos como los negativos vinculados con la conducta suicida, porque muchos pensamientos negativos asociados con muy pocos pensamientos positivos suponen un riesgo importante para la conducta suicida. En resumen, el test desarrollado en el presente estudio incluye diversas situaciones, y diferentes formas de respuesta (pensamientos positivos y pensamientos negativos vinculados con la conducta suicida) para cada situación, lo que ha requerido la utilización del Análisis de Componentes de Tres Vías (ACTV), para establecer cuáles son los componentes de situaciones, respuestas y personas.

Se han planteado los objetivos específicos siguientes:

1. Determinar cuáles son los componentes de situaciones, de respuesta y de persona del cuestionario desarrollado, a partir del Análisis de Componentes de Tres Vías (ACTV).
2. Determinar si el cuestionario desarrollado presenta adecuadas propiedades psicométricas.
3. Determinar si el instrumento desarrollado presenta una adecuada validez convergente y discriminante en relación a las medidas de personalidad, sintomatología depresiva, satisfacción con la vida, madurez psicológica y haber sido víctima de agresividad indirecta.

En concordancia con estos objetivos, se han planteado las siguientes hipótesis:

- En relación al objetivo 1.
  - Si el cuestionario permite diferenciar entre diferentes tipos de situaciones, de respuesta y de persona, el Análisis de Componentes de Tres Vías (ACTV) revelará diferentes componentes para cada fuente de información. Respecto a las situaciones, se espera obtener un componente referido a las situaciones positivas y un componente referido a las negativas, dado que son situaciones que despiertan diferentes reacciones emocionales. Sin embargo, no se esperan obtener componentes separados para los familiares, amigos y extraños, porque cada adolescente reaccionará de forma diferente en cada una de estas situaciones, en función de sus problemas personales y experiencias previas. Sin embargo, el hecho de incluir estas situaciones puede ser de utilidad a nivel clínico, en la evaluación de un adolescente en particular, para conocer qué situaciones son especialmente relevantes en su caso, detonantes tanto de ideación suicida negativa como positiva. Respecto a las respuestas, se esperan obtener dos componentes, uno que englobe los pensamientos positivos y otro que englobe los pensamientos negativos vinculados con la conducta suicida. Finalmente,

los componentes de persona reflejan la interacción entre las situaciones y las reacciones, dando lugar a perfiles concretos de personas, que presentan determinadas reacciones antes situaciones concretas. En este estudio se espera obtener un mínimo de dos componentes de persona, que permitan diferenciar entre los que presentan una actitud positiva ante la vida y los que presentan una actitud pesimista.

- En relación al objetivo 2.

Si el test presenta unas adecuadas propiedades psicométricas, se espera obtener evidencia de la adecuada consistencia interna del instrumento. Concretamente, se espera obtener adecuadas correlaciones entre los promedios de las reacciones a lo largo de las situaciones con las puntuaciones totales del test.

- En relación al objetivo 3.
  - Si el instrumento desarrollado presenta una adecuada validez convergente y discriminante, las correlaciones obtenidas entre los perfiles de persona y el resto de cuestionarios se corresponderán con los resultados obtenidos en estudios previos. Más específicamente, los resultados reflejarán la relación positiva existente entre

## Desarrollo y validación del cuestionario SIQUE

ideación suicida y sintomatología depresiva, y la relación negativa con la satisfacción con la vida. También se obtendrán correlaciones significativas con los rasgos de personalidad, especialmente con estabilidad emocional, y también con responsabilidad, aunque no con apertura a la experiencia. Respecto a la madurez psicológica, se esperan correlaciones significativas con la subescala identidad, considerando los resultados obtenidos en estudios previos. Por otra parte, se espera obtener una correlación significativa con la escala IAS-t, que evalúa la agresividad indirecta en posición de víctima, dado que haber sido víctima de agresiones y de rechazo social puede facilitar la presencia de ideación suicida. Finalmente, como otra evidencia de la validez de este instrumento, se espera obtener correlaciones significativas con el ítem del BDI que evalúa específicamente ideación suicida.

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI  
DESARROLLO Y VALIDACIÓN DEL CUESTIONARIO SIQUE: EVALUACIÓN DE LA IDEACIÓN SUICIDAS EN LA ADOLESCENCIA  
DESDE UNA APROXIMACIÓN SITUACIONAL  
Jorge Manuel Dueñas Rada

# **CAPÍTULO 2.**

## **Método**

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI  
DESARROLLO Y VALIDACIÓN DEL CUESTIONARIO SIQUE: EVALUACIÓN DE LA IDEACIÓN SUICIDAS EN LA ADOLESCENCIA  
DESDE UNA APROXIMACIÓN SITUACIONAL  
Jorge Manuel Dueñas Rada

## 2.1. Participantes

La muestra está formada por 435 adolescentes (52% mujeres) de 6 institutos públicos de la provincia de Tarragona (España). El rango de edad de los sujetos es de 14 a 19 años con una media de 15,8 (*D.T.* = 1,3).

Este estudio requería que parte de la muestra presentara ideación suicida, para poder comparar los resultados obtenidos por ambos tipos de adolescentes. Sin embargo, muchos adolescentes no presentaban ideación suicida. Por ese motivo se recogió muestra en 8 institutos distintos, hasta alcanzar un número suficiente de personas con algún grado de ideación suicida, concretamente 218 adolescentes. Para identificar estos sujetos, se usó el ítem 9 del cuestionario de depresión BDI (Beck et al., 1979) que evalúa pensamientos o deseos suicidas. Este ítem contiene cuatro alternativas de respuestas: No tengo ningún pensamiento suicida; Tengo pensamientos suicidas pero no desearía llevarlo a cabo; Desearía suicidarme; Desearía suicidarme si tuviese la oportunidad. Por lo tanto, la primera alternativa de respuesta sugiere ausencia de ideas suicidas, y el resto de las alternativas indican la presencia de ideas suicidas en diferentes grados. El resto de la muestra se completó con adolescentes sin ideación suicida, que habían contestado la primera alternativa de respuesta del ítem 9 del BDI. Concretamente, de todos los sujetos que habían indicado en este ítem que no presentaban ideación suicida, se seleccionaron al azar 218



sujetos, para que ambas submuestras tuvieran un tamaño equiparable. La submuestra sin ideación suicida está compuesta por 110 chicos y 107 chicas de 14 a 18 años ( $M = 16.00$ ,  $D.T. = 1.2$ ), mientras que la muestra con ideación suicida está compuesta por 91 chicos y 127 chicas de 14 a 19 años ( $M = 15.65$ ,  $D.T. = 1.3$ ).

## **2.2. Instrumentos**

Para llevar a cabo la presente tesis se administraron los siguientes cuestionarios:

### **2.2.1. Suicidal Ideation Questionnaire (SIQUE).**

El test SIQUE, desarrollado en el presente estudio, evalúa la ideación suicida partiendo de diferentes situaciones, lo que permite determinar cómo reacciona el adolescente ante diferentes situaciones de la vida cotidiana: situaciones positivas, negativas, con familiares, con amigos o con extraños. En concreto el cuestionario contiene diez situaciones, y para cada una de ellas los sujetos han de indicar en qué medida reaccionarían de la manera indicada, en una escala tipo Likert de cinco puntos: (1) Totalmente en desacuerdo, (5) Totalmente de acuerdo. Para cada una de las diez situaciones se presenta un total de nueve reacciones posibles, basadas en los tres tipos de ideación suicida planteados por Beck, Kovacks y Weissman (1979): deseo activo de suicidio, deseo pasivo de suicidio y planes específicos de suicidio. En los anexos se puede observar el cuestionario, con sus diferentes situaciones y alternativas de respuesta.

En el apartado de Procedimiento se explicará con mayor detenimiento el procedimiento seguido para desarrollar este cuestionario, y en el apartado de resultados se explicará cuáles son los resultados obtenidos en relación a las características psicométricas del instrumento y su validez convergente y discriminante.

### 2.2.3. Test de depression *Beck Depression Inventory*

Se utilizó la adaptación española del cuestionario Beck Depression Inventory (BDI; Beck et al., 1979), realizada por Sanz y Vázquez (1998). El cuestionario consta de 21 ítems, y en cada uno de los ítems el sujeto ha de elegir aquella frase que mejor se ajusta a su estado de ánimo durante la última semana, inclusive el día en que completa el inventario. Cada ítem consta de cuatro frases ordenadas según su gravedad. El inventario inicialmente propuesto por Beck ha sido uno de los instrumentos más utilizados para detectar y evaluar la gravedad de la depresión, debido a sus propiedades psicométricas y su fácil aplicación. La adaptación española de este test presenta unas adecuadas propiedades psicométricas, con una consistencia interna de .83. En nuestra muestra el valor fue muy similar, de .87.

### 2.2.4. Cuestionario de personalidad *Overall Personality Assessment Scale*

El cuestionario *Overall Personality Assessment Scale* (OPERAS; Vigil-Colet, Morales-Vives, Camps, Tous, y Lorenzo-Seva, 2013)

evalúa los rasgos de personalidad desde el modelo de los Cinco Grandes factores (Big Five). Está diseñado para ser aplicado en adolescentes, adultos y personas mayores. Los factores que componen el cuestionario son:

- Extraversión: evalúa el nivel de sociabilidad de una persona, e incluye aspectos como la tendencia a ser hablador, la preferencia por las situaciones sociales animadas, la tendencia a evitar la soledad, la necesidad de estimulación y la facilidad para interactuar en situaciones sociales.
- Amabilidad: evalúa la predisposición a ser amable, y a considerar los sentimientos y los derechos ajenos, incluyendo características como la empatía, la cooperación, la franqueza, la confianza en los demás, etc. Por lo tanto, el individuo que puntúa alto en este factor tiende a tener en cuenta los sentimientos y derechos ajenos.
- Responsabilidad: evalúa el grado de responsabilidad de las personas, e incluye características como la planificación, la organización, la meticulosidad y la eficacia.
- Estabilidad emocional: evalúa, tal como su nombre indica, la estabilidad emocional de una persona, que se caracteriza por la tendencia a sentir calma, con poca propensión a sentir emociones

## Desarrollo y validación del cuestionario SIQUE

negativas tales como la ansiedad, la inseguridad, la tristeza o el miedo.

- Apertura a la experiencia: evalúa la disposición de una persona a conocer otras formas de pensar y el interés por vivir nuevas experiencias, incluyendo características tales como la imaginación, la curiosidad, el interés por la cultura y el arte, etc.

Este instrumento consta de 40 ítems tipo Likert (1 = Completamente en desacuerdo, 5 = Completamente de acuerdo), distribuidos de la siguiente forma: 7 ítems para cada factor, 4 ítems que evalúan el sesgo de respuesta deseabilidad social y un primer ítem de prueba que no se tiene en cuenta en los análisis. Por lo tanto, es un test breve, que incluye ítems cortos y fáciles de entender, por lo que se puede administrar conjuntamente con otros cuestionarios sin agotar o aburrir al individuo, lo que es especialmente relevante en el caso de los adolescentes y las personas mayores.

El test presenta adecuadas propiedades psicométricas. Las fiabilidades de las puntuaciones factoriales de cada subescala en el estudio original fueron: .86 para extraversión, .71 para amabilidad, .77 para responsabilidad, .86 para estabilidad emocional y .81 para apertura a la experiencia. En el presente estudio se han obtenido valores más elevados que en el estudio original: .90 para extraversión, .87 para amabilidad, .84 para responsabilidad, .92 para estabilidad

emocional y .90 para apertura a la experiencia. Estos valores se consideran adecuados, especialmente si se tiene en consideración el reducido número de ítems que componen las escalas.

El cuestionario OPERAS controla los sesgos de respuesta aquiescencia y deseabilidad social, a partir de los procedimientos desarrollados por Ferrando (2005) y Ferrando, Lorenzo-Seva, y Chico (2009), proporcionando puntuaciones libres de estos sesgos.

#### 2.2.5. Escala de satisfacción con la vida (SWLS).

Este cuestionario evalúa la satisfacción con la vida, entendida como la evaluación global que la persona hace sobre su vida a partir de los propios objetivos, expectativas, valores e intereses, que a su vez dependen en cierta medida del contexto cultural de referencia. Por lo tanto, este constructo está relacionado con un sentimiento personal de bienestar o de felicidad. Concretamente, se utilizó la adaptación española desarrollada por Atienza, Pons, Balaguer, y García-Merita (2000). La adaptación al castellano posee unas adecuadas propiedades psicométricas, con una consistencia interna de .84, que es similar al valor obtenido en este estudio, de .89. Es un cuestionario unidimensional compuesto por 5 ítems en escala Likert, con cinco alternativas de respuesta, desde (1) Totalmente en desacuerdo hasta (5) Totalmente de acuerdo.

### 2.2.6. Cuestionario de madurez psicológica Phychological Maturity Assessment Scale (PSYMAS).

El cuestionario PSYMAS (PSYMAS; Morales-Vives et al., 2013) evalúa la madurez psicológica de los adolescentes. La madurez psicológica se define como la capacidad de asumir obligaciones y de tomar decisiones responsables, considerando las características y necesidades personales y asumiendo las consecuencias de sus propios actos (Morales-Vives, Camps, y Lorenzo-Seva, 2012). El cuestionario se compone de las siguientes subescalas de contenido:

-Orientación al trabajo (OT): tendencia a atender las propias responsabilidades y obligaciones.

-Autonomía (AU): predisposición a tomar la iniciativa sin dejar que los demás ejerzan un excesivo control sobre uno mismo.

-Identidad (ID): conocimiento que tiene el sujeto sobre sí mismo.

El cuestionario PSYMAS controla dos sesgos de respuesta: deseabilidad social y aquiescencia, proporcionando puntuaciones libres de estos dos sesgos. Por ese motivo, el test contiene otra subescala con cuatro marcadores de deseabilidad social, para controlar este sesgo de respuesta. Las escalas están contrabalanceadas, lo que permite controlar el sesgo aquiescencia. Concretamente, estos dos

sesgos se controlan a partir de los procedimientos desarrollados por Ferrando, Lorenzo-Seva, y Chico (2009) y Lorenzo-Seva y Ferrando (2009). El cuestionario contiene 26 ítems, con cinco alternativas de respuesta: (1) Completamente en desacuerdo, (5) Completamente de acuerdo. Cada subescala de contenido consta de 7 ítems. Además, el primer ítem del test es un ítem de entrenamiento que no se tiene en cuenta en los resultados.

El instrumento presenta adecuadas propiedades psicométricas. La fiabilidad de las puntuaciones factoriales de la escala total en el estudio originario es de .82, mientras que para las subescalas son: .71 para orientación al trabajo, .78 para autonomía y .77 para identidad. Estos valores son aceptables teniendo en cuenta que es un cuestionario corto. En el presente estudio se han obtenido valores más elevados que en el original: .90 para la escala total, .82 para orientación al trabajo, .86 para autonomía y .90 para identidad.

#### 2.2.7. Cuestionario Indirect aggression scales – Target, versión reducida (IAS-t).

El cuestionario Indirect aggression scales (IAS; Anguiano-Carrasco y Vigil-Colet, 2011) es un test diseñado para la evaluación de la agresividad indirecta, que es un tipo de agresividad que no se manifiesta directamente contra la persona que se pretende atacar. Concretamente, consiste en una manipulación social en la cual el agresor actúa a través de las personas relacionadas con la víctima,

## Desarrollo y validación del cuestionario SIQUE

extendiendo rumores maliciosos, cotilleos, etc. (Crick, Casas, y Nelson, 2002; Grotperter y Crick, 1996). Hay dos versiones del test, una para agresores (IAS-a) y una para víctimas (IAS-t). En este estudio se utilizó la versión reducida para víctimas, que evalúa si el individuo ha sido víctima de agresiones indirectas por parte de otras personas. Esta versión reducida consta de 10 ítems en escala Likert, con 5 alternativas de respuesta: (1) Nunca, (5) Continuamente. La escala presenta una estructura factorial unidimensional y una consistencia interna de .93. En la presente muestra se obtuvo una consistencia interna de .88.



### **2.3. Procedimiento**

Los cuestionarios se administraron de forma colectiva en grupos entre 20 y 30 estudiantes, en las clases de tutoría. En todo momento se indicó a los alumnos que los cuestionarios eran anónimos, y que no se recogería ningún dato que permitiera su identificación. Además, se les indicó que los datos serían tratados con absoluta confidencialidad.

La Ley Orgánica 15/1999, que regula el derecho fundamental a la protección de datos, dispone que será la Agencia Española de Protección de Datos la encargada de tutelar y garantizar el derecho a la protección de datos. Por su parte, la Agencia Española de Protección de Datos señala que los menores de 14 años necesitan el consentimiento de madres, padres o tutores legales para poder participar en este tipo de estudios, y para que se puedan tratar sus datos. Sin embargo, a partir de los 14 años podrán consentir por sí mismos, por presentar suficiente madurez para ello. Dado que en el presente estudio no participaron menores de 14 años, solamente se requirió el permiso de los centros y de los mismos alumnos. De hecho, la participación de los adolescentes fue voluntaria, en ningún caso se obligó a un adolescente a participar en el estudio. Además, una vez empezaban a responder los cuestionarios, podían abandonar si así lo deseaban. Por otra parte, según la Ley Orgánica 15/1999, aquellos datos que se refieren a ideología, religión o creencias se consideran datos especialmente protegidos, por lo que nadie podrá ser obligado a declarar sobre ellos. En el presente estudio no se recogieron datos

especialmente protegidos, ni referidos a ideología, religión ni creencias. Además, para garantizar la confidencialidad de los resultados obtenidos por los adolescentes, los cuestionarios eran anónimos, por lo que no se puede identificar de ninguna manera al sujeto.

La administración de los cuestionarios se dividió en dos sesiones, con un intervalo de tiempo aproximado de una semana. En una de las sesiones se administraron los tests: PSYMAS (Morales-Vives, et al. 2013), Cuestionario BDI (Sanz et al. 1998), Cuestionario SWLS (Pavot, et al. 1991) y cuestionario IAS-t (Anguiano-Carrasco et al. 2011). En la otra sesión se administraron los tests: OPERAS (Morales-Vives et al. 2013) y el Suicidal Ideation Questionnaire (SIQUE). Estos cuestionarios se presentaron de forma contrabalanceada. En ambas sesiones los estudiantes pudieron contestar los cuestionarios sin límite de tiempo, y se les proporcionó las instrucciones sobre la manera adecuada de responder cada cuestionario. Con el fin de garantizar la confidencialidad y el anonimato de los datos, los cuestionarios de las dos sesiones se aparejaron a partir de los siguientes descriptivos: el sexo, la fecha de nacimiento y el color favorito. En ningún caso se recogió el nombre de los participantes.

### 2.3.1. Procedimiento para la elaboración del Suicidal Ideation Questionnaire SIQUE.

El test Suicidal ideation Questionnaire (SIQUE) evalúa la ideación suicida en adolescentes por medio de una aproximación situacional. El instrumento se compone de 10 ítems en relación a diferentes situaciones (familia, amigos, desconocidos), algunas positivas y otras negativas, con 9 reacciones en relación a la actitud con la que se enfrentan a esas situaciones (actitud optimista o pesimista). Para la elaboración de las reacciones se tuvo también en consideración los tres tipos de ideación suicida propuestas por Beck, Kovacks y Weissman (1979): a) deseo activo de suicidio: hace referencia al pensamiento de acabar con la propia vida mediante medios explícitos, por ejemplo, envenenamiento; b) preparación del acto suicida: se refiere a la planificación del suicidio, la persona imagina y fantasea sobre cómo será el acto suicida; c) deseo pasivo de suicidio: se refiere a pensamientos de inutilidad, pesimismo y poco interés por la vida.

Respecto a los pasos seguidos para la elaboración del instrumento, en primer lugar se redactaron un conjunto de situaciones a las que se puede enfrentar un adolescente, positivas y negativas, con un vocabulario fácil de entender. Algunas de estas situaciones se situaban en el contexto familiar, otras con las amistades y otras con personas desconocidas. A continuación se redactaron un conjunto de reacciones, partiendo de los tres tipos de ideación suicida propuestos por Beck, Kovacks y Weissman (1979). Este conjunto de situaciones y reacciones

## Desarrollo y validación del cuestionario SIQUE

fueron valoradas por jueces externos, especialistas en evaluación o en psicología de la adolescencia. Se les solicitó que evaluaran cada una de las reacciones y situaciones, en una escala de 0 a 10, en función de los siguientes criterios: idoneidad del contenido de los ítems considerando los objetivos del estudio, adecuada redacción de los ítems, e idoneidad del vocabulario para los adolescentes. A partir de las evaluaciones de los jueces, se seleccionaron las 10 situaciones y las 9 reacciones con una mejor valoración. Por lo tanto, según los jueces, estas situaciones son adecuadas para la población adolescente y se ajustan a las que puede vivir este tipo de población. Por su parte, las reacciones fueron valoradas como adecuadas para evaluar los tres aspectos de la ideación suicida. Concretamente, de las diez situaciones hay tres relacionadas con personas desconocidas, cuatro relacionadas con la familia y tres relacionadas con amigos. Por otra parte, se conservaron nueve reacciones: cuatro reacciones positivas que implican deseo de vivir y falta de intencionalidad suicida, y cinco reacciones negativas vinculadas a la presencia de ideación suicida (un ítem referido al deseo activo de suicidio, dos ítems sobre la preparación del acto suicida y dos ítems sobre el deseo pasivo de suicidio). Cada reacción contiene 5 opciones de respuesta que va desde 1 (completamente en desacuerdo) hasta 5 (completamente de acuerdo). En la tabla 4 se muestran las reacciones y en la tabla 5 las situaciones. En el anexo se puede observar todo el cuestionario.

## 2.4. Análisis de datos

En este estudio se llevó a cabo un análisis de componentes trimodales, conocido como *Three-mode component approach*, para determinar cuáles son los tipos de situaciones y reacciones subyacentes al test SIQUE. Para el análisis se siguió el procedimiento de diagrama de flujo descrito por Kiers y Van Mechelen (2001). Este análisis permite resumir toda la información procedente de los tres tipos de datos (en este caso Sujetos x Reacciones x Situaciones) y describir las relaciones entre ellos, generando tres matrices de componentes (en este estudio concretamente una matriz para las reacciones, una para las situaciones y otra que refleja la interacción entre ambas). Este análisis se llevó a cabo mediante el programa de análisis estadístico para Matlab Tucker3 (Kiers y Mechelen, 2001)

También se llevaron a cabo análisis correlacionales para determinar cuál es la validez convergente y discriminante del instrumento SIQUE. La consistencia interna del cuestionario se evaluó a partir de las correlaciones entre los promedios de las reacciones a lo largo de las situaciones con las puntuaciones totales del test. También se realizaron comparaciones de medias para grupos independientes con el fin de evaluar las diferencias entre chicos y chicas en ideación suicida. Estos análisis se realizaron con el programa SPSS 23.

# **CAPÍTULO 3.**

## **Resultados**

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI  
DESARROLLO Y VALIDACIÓN DEL CUESTIONARIO SIQUE: EVALUACIÓN DE LA IDEACIÓN SUICIDAS EN LA ADOLESCENCIA  
DESDE UNA APROXIMACIÓN SITUACIONAL  
Jorge Manuel Dueñas Rada

### **3.1. Resultados de los análisis**

En este apartado se detallan los análisis realizados en relación al desarrollo y validación del cuestionario SIQUE. En primer lugar se presentan los resultados obtenidos con el procedimiento de componentes trimodales, necesarios para determinar cuáles son los componentes subyacentes a los datos. En segundo lugar se presentan los análisis para evaluar la consistencia interna del test. En tercer lugar se describen los resultados obtenidos en relación a la validez convergente y discriminante de este instrumento. Concretamente, se han analizado las relaciones entre los componentes del cuestionario SIQUE y las variables sintomatología depresiva, satisfacción con la vida, los Cinco Grandes factores de personalidad, la madurez psicológica y el haber sido víctima de agresiones indirectas.

#### **3.1.1. ANOVA para Análisis de Componentes de Tres Vías (ACTV) (Three-way ANOVA):**

Se llevó a cabo un ANOVA de tres vías de efectos fijos a partir de la matriz Sujetos x Reacciones x Situaciones (435 x 9 x 10). En la descomposición de la suma de cuadrados, la interacción de los tres componentes más el término de error contribuyó al 10.3% de la varianza, por lo que la utilización del análisis de componentes trimodales es justificable en este conjunto de datos.



### 3.1.2. *Pre-procesamiento de los datos:*

Con el fin de eliminar diferencias de rango en las escalas que son artificiales y no deseadas, y para equiparar la importancia de las variables, se estandarizaron las escalas, de tal forma que las varianzas de todas las variables es 1.

### 3.1.3. *Número de componentes:*

En el modelo trimodal de componentes se pueden considerar diferentes niveles de complejidad en relación al número de componentes a retener. El objetivo es identificar qué nivel de complejidad da lugar a la mejor descripción de los datos, de tal forma que haya un equilibrio entre el ajuste y la parsimonia del modelo. Por otra parte, para la elección del modelo más adecuado también se ha de valorar otra variable relevante: que el modelo elegido sea interpretable y tenga sentido a nivel teórico.

Para tomar la decisión sobre la complejidad del modelo más adecuada en este caso, se ha utilizado el procedimiento Hull propuesto por Ceulemans y Kiers (2006), que es un método numérico para seleccionar el modelo que presente el mejor equilibrio entre el mejor ajuste posible conseguido con el modelo más simple posible. La simplicidad del modelo se cuantifica mediante la suma de los componentes de cada vía del modelo: a menor número de

## Desarrollo y validación del cuestionario SIQUE

componentes en cada vía, menor será la suma de los componentes y, por tanto, mayor será la simplicidad del modelo. En este estudio se partió de la hipótesis de que se obtendrían dos componentes distintos para las reacciones de las personas: un componente relativo a la ideación suicida positiva y un segundo componente relativo a la ideación suicida negativa. Respecto a las situaciones, se esperaban dos componentes diferentes: uno que comprendiera las situaciones positivas y otro componente que comprendiera las situaciones negativas. Estas hipótesis ayudaron a evaluar hasta qué punto el modelo de componentes de tres vías que se seleccionara tenía una interpretación substantiva.

En la Figura 6 se muestra la relación entre la complejidad y la bondad de ajuste en diferentes modelos. La línea representa el margen superior de la función de ajuste versus complejidad, denominada en este procedimiento como "convex hull". El procedimiento Hull reveló 5 posibles soluciones que optimizan el ajuste respecto a la complejidad del modelo. La Tabla 3 muestra el porcentaje de bondad de ajuste ( $f$ ), el número total de componentes ( $s$ ), y los valores del gráfico de sedimentación (*scree test values*,  $st$ ) de las diferentes soluciones en el margen superior del convex hull. Como se puede observar en esta tabla, el método numérico sugiere seleccionar el modelo que consiste en dos componentes de persona, dos componentes de reacción y dos componentes de situación, debido a que el hecho de incrementar la

complejidad del modelo añadiendo más componentes no supone un incremento substancial en la bondad de ajuste.

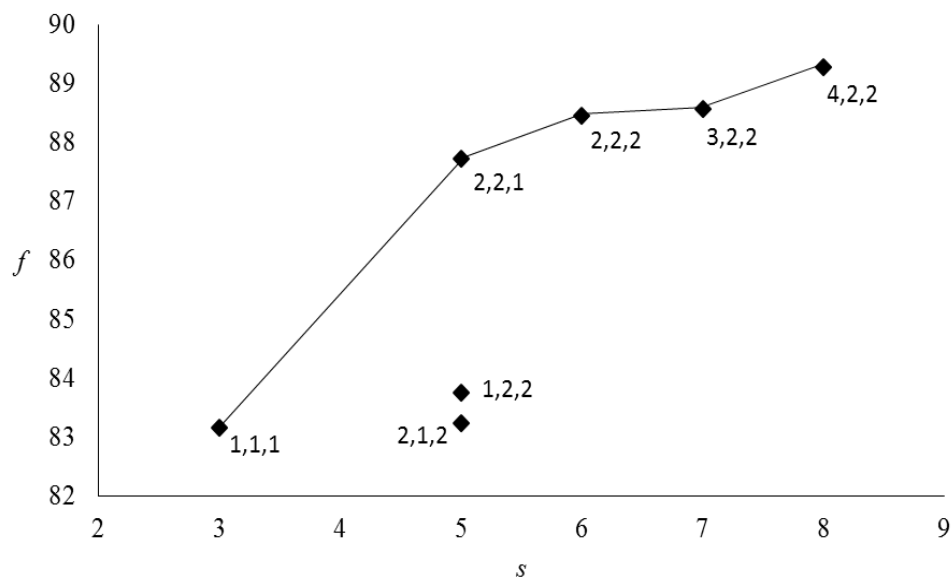


Figura 6. Valores de la bondad del ajuste ( $f$ ) y el número total de componentes ( $s$ ) para todas las soluciones posibles, con la línea que representa el límite superior del convex hull.

Tabla 3

*Valores de bondad de ajuste ( $f$ ), número total de componentes ( $s$ ) y valores del gráfico de sedimentación (scree test values,  $st$ ).*

Persona	Reacción	Situación	$f$	$s$	$st$
1	1	1	83.2%	3	-
2	2	1	87.7%	5	3.13
<b>2</b>	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>88.5%</b>	<b>6</b>	<b>5.46</b>
3	2	2	88.6%	7	0.19
4	2	2	89.3%	8	-

Dado que todas las puntuaciones se refieren a la ideación suicida, se decidió que tenía sentido permitir que los componentes correlacionaran una vez extraídos. Por lo tanto, los componentes personales se estandarizaron de nuevo: este procedimiento tiene el efecto de permitir que los componentes de persona correlacionen entre ellos.

#### 3.1.4. *Estructura simple óptima de la solución seleccionada:*

Para interpretar una solución de un ACTV, se deben interpretar las matrices de saturaciones de las variables en los componentes extraídos en cada vía (de modo similar a como se interpretaría una matriz de saturaciones en un análisis de componentes principales), y la matriz que modela la relación entre los componentes a través de las tres vías (personas, reacciones y situaciones). Esta última matriz es conocida en la terminología inglesa como “core matrix”, que en este texto se ha traducido como “matrix nuclear”. Se decidió rotar la solución para obtener una estructura simple en los componentes de reacción, los componentes de situación y la matriz nuclear. Se aplicó en varias ocasiones el procedimiento de Kiers (1998) para la rotación varimax conjunta de la matriz nuclear y de las matrices de componentes. Dado que se pretende obtener la máxima simplicidad posible en dos vías (reacción y situaciones), se fijaron los pesos relativos para los componentes de reacción y de situación a 5 y los componentes de persona a 0. El valor de 5 se decidió partiendo de un valor de 1 y

elevándolo progresivamente hasta observar que la simplicidad no mejoraba al incrementar el valor del peso relativo. Los valores de simplicidad para los componentes de reacción y de situación fueron de 1.02 y 1.05 respectivamente, y el valor de simplicidad para la matriz nuclear fue de 1.13. Se plantearon también otras posibles opciones para los pesos (de 6 a 10), pero la mejora de la simplicidad fue mínima (menos de 0,01) en todas las matrices. Por lo tanto, se decidió mantener la solución con los pesos iniciales.

### 3.1.5. *Estabilidad y residuales de la solución seleccionada:*

A continuación se llevó a cabo un análisis de verificación de la estabilidad de la solución seleccionada. Se dividió la muestra en dos mitades al azar, y los datos de ambas mitades fueron pre-procesados y analizados de la misma forma que en la muestra total. La solución fue bastante estable: los valores de congruencia para los componentes de reacción y los componentes de situación fueron superiores a .98. Por otra parte, para evaluar la estabilidad de la matriz nuclear (es decir, la matriz que relaciona los componentes de personas, reacciones y situaciones) se compararon las matrices nucleares obtenidas en cada mitad. Los resultados muestran que son muy similares: las diferencias entre las mitades en ningún caso fueron superiores a 2 y por lo tanto apenas afecta a la interpretación de las matrices nucleares.

Así pues, estos análisis conducen a una solución de componentes de tres vías (personas, reacciones y situaciones) que presenta una

## Desarrollo y validación del cuestionario SIQUE

estructura simple y estable. En la Tabla 4 se muestran las saturaciones para las reacciones. Como se puede observar, se obtuvieron dos componentes: el primer componente contiene las reacciones negativas vinculadas a la presencia de ideas suicidas, por lo que fue denominado *Ideación suicida negativa*, mientras que el segundo componente incluye las reacciones positivas protectoras ante el suicidio, vinculadas a la voluntad de vivir, por lo que fue denominado *Ideación suicida positiva*.

Tabla 4

*Puntuaciones de los componentes de reacciones*

Reacciones	Negativa	Positiva
1. Siento que tengo razones para vivir.	0,00	<b>0,49</b>
2. En ningún caso pienso en maneras concretas de suicidarme	-0,02	<b>0,51</b>
3. Me sentiría tan mal que no me importaría que	<b>0,46</b>	-0,02
4. Siento ganas de morir.	<b>0,48</b>	-0,03
5. Hago planes concretos para suicidarme.	<b>0,43</b>	0,04
6. Ante este tipo de situación, difícilmente me atrevería a suicidarme.	-0,02	<b>0,51</b>
7. Considero que las razones para vivir son	0,01	<b>0,48</b>
8. Empiezo a realizar preparativos para suicidarme.	<b>0,41</b>	0,06
9. Evitaría tomar las medidas necesarias para conservar mi vida.	<b>0,45</b>	-0,01

## Desarrollo y validación del cuestionario SIQUE

En la tabla 5 se muestran las puntuaciones en los componentes vinculados a las diferentes situaciones. El primer componente contiene todas las situaciones negativas con la familia, amigos y personas desconocidas, por lo que se denominó Situaciones estresantes. El segundo componente contiene todas las situaciones positivas con la familia, amigos y personas desconocidas y se denominó Situaciones agradables.



Tabla 5

*Puntuaciones de componentes de situaciones*

Situaciones	Estresante	Placentera
1. Has conseguido entradas para un concierto de un grupo que te gusta mucho, pero tus padres te castigan y no te dejan ir.	<b>0,46</b>	-0,01
2. Celebras un aniversario con tu familia y pasáis una tarde alegre y divertida.	0,01	<b>0,44</b>
3. Estudias para un examen con tu grupo de amigos y te sientes igual de preparado que ellos. Sin embargo, cuando dan las notas todos aprueban excepto tú.	<b>0,40</b>	0,04
4. Alguien que no conoces te grita y te insulta por haber hecho algo mal.	<b>0,32</b>	0,12
5. Haces algo mal pero tu familia responde defendiéndote, mostrando la confianza y afecto que sienten por ti.	0,06	<b>0,39</b>
6. Estás con tus amigos y uno de ellos se burla de tu apariencia física, señalando tus defectos.	<b>0,48</b>	-0,04
7. Empiezas un curso de verano y no conoces a nadie, pero sientes que el resto de los asistentes del curso te aceptan enseguida.	-0,02	<b>0,47</b>
8. Tus padres se enfadan mucho contigo, gritándote y agobiándote, porque has suspendido más asignaturas de las que esperaban.	<b>0,53</b>	-0,09
9. Tus amigos muestran la admiración que sienten por ti por haber logrado algo importante.	-0,03	<b>0,48</b>
10. Vas caminando por una calle buscando una tienda de la que te han hablado, y alguien que no conoces se muestra amable contigo y te ayuda a encontrarla.	0,03	<b>0,42</b>

Para interpretar los componentes de persona es necesario examinar la matriz nuclear, que se muestra en la Tabla 6. Los valores más elevados de esta matriz muestran la relación existente entre los componentes de reacción, situación y persona. Como se puede observar en la tabla, cada componente de persona está fuertemente relacionado con dos interacciones diferentes entre los componentes de reacción y de situación. Concretamente, el primer componente incluye la ideación suicida positiva en situaciones estresantes y la ideación suicida positiva en situaciones agradables, por lo que fue denominado Actitud positiva hacia la vida. El segundo componente incluye la ideación suicida negativa en situaciones estresantes y la ideación suicida negativa en situaciones agradables, por lo que fue denominado Actitud negativa hacia la vida.

La correlación entre estos dos componentes de persona fue de  $-0.63$ , lo que indica que la relación entre ambos no es perfectamente lineal. Por lo tanto, el hecho de conocer la puntuación en una de las dos variables no es suficiente para conocer la puntuación en la otra variable.

Tabla 6

*Matriz nuclear*

Interacción de los componentes de reacción y situación	Componentes de persona	
	1	2
Ideación suicida positiva x Situaciones estresantes	<b>95,7</b>	-7,2
Ideación suicida positiva x Situaciones agradables	<b>91,9</b>	4,3
Ideación suicida negativa x Situaciones estresantes	-5,3	<b>109,7</b>
Ideación suicida negativa x Situaciones agradables	1,7	<b>69,6</b>

En relación a las propiedades psicométricas del test, los autores que propusieron y desarrollaron el Análisis de Componentes de Tres Vías no han especificado cómo calcular la fiabilidad de los datos cuando se utiliza este procedimiento, como se puede comprobar por ejemplo en las publicaciones de Kiers y Van Mechelen (2001), y Van Mechelen y Kiers (1999). Considerando que la consistencia interna de un test depende de las correlaciones de los ítems con las puntuaciones totales del test, en el presente estudio se ha optado por estimar la consistencia interna utilizando el procedimiento que se detalla a continuación. En primer lugar, se calcularon las medias de los sujetos para cada una de las reacciones a través de las diferentes situaciones. En segundo lugar, se calcularon las correlaciones entre estas medias y las puntuaciones totales en cada componente de persona. En la Tabla 7 se presentan las correlaciones obtenidas, con las puntuaciones convenientemente

## Desarrollo y validación del cuestionario SIQUE

revertidas. Como se puede observar, todas las correlaciones oscilaron entre .34 y .89, lo que sugiere que los ítems están suficientemente correlacionados con las puntuaciones totales del test. Finalmente, en tercer lugar, como estimación general de la consistencia interna de cada componente, se calculó el promedio de estas correlaciones para cada componente de persona. El promedio de las correlaciones con el componente Actitud positiva hacia la vida es de .60, mientras que el promedio con el componente Actitud negativa hacia la vida es de .70.

Tabla 7

*Correlaciones entre el promedio de las reacciones a lo largo de las situaciones y las puntuaciones totales en los componentes de persona*

	Componentes de persona	
	1	2
Reacción 1	.64	.64
Reacción 2	.79	.54
Reacción 3	.55	.80
Reacción 4	.59	.89
Reacción 5	.48	.84
Reacción 6	.80	.34
Reacción 7	.73	.69
Reacción 8	.49	.85
Reacción 9	.37	.68

En la Tabla 8 se pueden observar las correlaciones obtenidas entre los dos componentes de persona y otras variables que están muy

relacionadas con la ideación suicida, concretamente la sintomatología depresiva y la satisfacción con la vida. De hecho, como se ha comentado anteriormente, estudios previos muestran que la depresión es uno de los principales predictores de la ideación suicida (Allison et al., 2001; Casey et al., 2008; Gutierrez et al., 2000; Ibrahim et al., 2014; Villardón, 1993). Igualmente, diversos estudios señalan que menores niveles de satisfacción en la vida están relacionados con una mayor ideación suicida (Berlim et al., 2003; Heisel y Flett, 2006; Valois et al., 2004). Tal como se esperaba, el componente de persona Actitud positiva hacia la vida presenta una correlación negativa y significativa con la sintomatología depresiva, mientras que el componente Actitud negativa hacia la vida presenta una correlación positiva y significativa con la sintomatología depresiva. Se encontró el mismo patrón de correlaciones entre el ítem 9 que evalúa ideación suicida en el test BDI y los dos componentes de persona, si bien dichas correlaciones fueron algo más elevadas. Por lo tanto, tal como se esperaba, los dos componentes están correlacionados con la medida de ideación suicida del test BDI. También se obtuvieron correlaciones significativas con la satisfacción en la vida, que se evaluó con el test SWLS. Concretamente, el componente Actitud positiva hacia la vida presentó una correlación positiva y significativa con la satisfacción en la vida, al contrario que el componente Actitud negativa hacia la vida. Para el componente Actitud positiva hacia la vida, la magnitud de la correlación fue muy similar a la obtenida en el caso del BDI pero para el componente Actitud negativa fue notablemente inferior.

En la Tabla 8 también se pueden observar las correlaciones con las subescalas del test de madurez psicológica PSYMAS. La subescala más relacionada con ambos componentes de persona es la identidad, con una correlación positiva y significativa con el componente Actitud positiva hacia la vida, y con una correlación negativa con el componente Actitud negativa hacia la vida. Sin embargo, la subescala autonomía sólo está correlacionada, de forma directa, con el componente Actitud positiva hacia la vida, mientras que la subescala Orientación al trabajo sólo está correlacionada, de forma inversa, con la Actitud negativa hacia la vida, aunque en los dos casos el tamaño del efecto es pequeño.

También se calcularon las correlaciones de los componentes de persona con los Cinco Grandes factores de personalidad, evaluados con el test OPERAS. Se esperaba obtener correlaciones significativas con la subescala inestabilidad emocional, porque las personas inestables a nivel emocional suelen presentar mayores niveles de ideación suicida, sintomatología depresiva, ansiedad, etc. (Ayub, 2015; DeShong et al., 2015; Kerby, 2003; Morsunbul, 2014). Tal como cabría esperar, se han encontrado correlaciones significativas entre ambos componentes de persona y esta subescala, con magnitudes ligeramente superiores a las obtenidas en el caso del BDI. En concreto, se ha obtenido una correlación positiva con el componente Actitud positiva hacia la vida y una correlación negativa con el otro

componente. De hecho, es la subescala del test OPERAS que presenta correlaciones más elevadas. También son destacables las correlaciones obtenidas con la subescala Responsabilidad, que presenta un patrón equivalente al obtenido en el rasgo estabilidad emocional. La subescala Amabilidad también está correlacionada con los dos componentes, pero la magnitud del efecto es baja, por lo que pueden considerarse correlaciones menos relevantes. Igualmente, el rasgo extraversión presenta una correlación significativa y negativa con el componente Actitud negativa hacia la vida, pero la magnitud del efecto también es baja, lo que sugiere que es una correlación poco relevante.

Por otra parte, se calcularon las correlaciones con la escala IAS-t, que evalúa si el adolescente ha sido víctima de agresiones indirectas por parte de otras personas. Se encontró una correlación negativa con el componente Actitud positiva hacia la vida y una correlación positiva con el otro componente. Por lo tanto, puntuaciones más elevadas en esta subescala, que indican que el sujeto ha sido víctima de agresiones indirectas, características del acoso escolar, están relacionadas con una peor actitud hacia la vida y una mayor ideación suicida.

Respecto a la relación entre los componentes de persona y los descriptivos sexo y edad, no se encontraron diferencias significativas entre chicos y chicas en el componente Actitud negativa hacia la vida (media de 50,3 para las chicas y de 49,8 para los chicos;  $p > .05$ ) o

## Desarrollo y validación del cuestionario SIQUE

Actitud positiva hacia la vida (media de 49,3 para las chicas y media de 50,9 para los chicos;  $p > .05$ ). La edad presentó una correlación poco elevada pero significativa con los componentes de persona, con una correlación de .22 para Actitud positiva hacia la vida ( $p < .01$ ) y una correlación de -.12 para Actitud negativa hacia la vida ( $p < .05$ ).



Tabla 8

*Correlaciones entre los componentes de la persona y las otras variables.*

Escalas	VARIABLES	Actitud Positiva	Actitud Negativa
BDI	Sintomatología depresiva	-.31**	.40**
	Ítem de ideación suicida	-.43**	.54**
SWLS	Satisfacción con la vida	.34**	-.28**
	Orientación al trabajo	.11	-.15*
PSYMAS	Autonomía	.17*	-.08
	Identidad	.28**	-.29**
	Puntuaciones totales	.26**	-.25**
OPERAS	Extraversión	.10	-.14*
	Estabilidad emocional	.38**	-.46**
	Responsabilidad	.18**	-.26**
	Amabilidad	.15*	-.17*
	Apertura a la experiencia	.13	-.12
IAS-t	Víctima de agresiones	-.23**	.27**

\*  $p < .05$       \*\*  $p < .01$

# **CAPÍTULO 4.**

## **Discusión y conclusiones**

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI  
DESARROLLO Y VALIDACIÓN DEL CUESTIONARIO SIQUE: EVALUACIÓN DE LA IDEACIÓN SUICIDAS EN LA ADOLESCENCIA  
DESDE UNA APROXIMACIÓN SITUACIONAL  
Jorge Manuel Dueñas Rada

#### 4.1. Discusión

Aunque la literatura señala que la adolescencia es una etapa del desarrollo evolutivo de especial vulnerabilidad (Bhola et al., 2014; Gould et al., 2003; Woolfolk, 2006), hay pocos instrumentos autoadministrados de ideación suicida en lengua española desarrollados específicamente para adolescentes, que tengan en cuenta las características propias de la etapa evolutiva. Por este motivo, en el presente estudio se estableció como objetivo general desarrollar y validar un cuestionario autoadministrado, con adecuadas propiedades psicométricas, que permita evaluar la ideación suicida en adolescentes desde un enfoque situacional. De hecho, el cuestionario desarrollado, denominado Suicidal Ideation Questionnaire (SIQUE) aporta información adicional que no se recoge en los cuestionarios tradicionales, ya que permite conocer no sólo si el adolescente presenta ideación suicida sino también cuáles son sus reacciones emocionales en función de variables contextuales. Por lo tanto, aporta información sobre cómo diferentes contextos o situaciones pueden facilitar los pensamientos suicidas de un adolescente. Tal como muestra el estudio de Garaigordobil y Peña (2016) realizado con adolescentes españoles, un adolescente puede presentar más sentimientos negativos en determinadas circunstancias. Concretamente, su estudio muestra que los sentimientos negativos pueden variar en relación a la situación que afronta el adolescente, sus experiencias, su capacidad de afrontamiento y su inteligencia emocional. Algunas de estas situaciones pueden ser los momentos

estresantes con la familia, especialmente si hay conflictos entre ellos, y algunas situaciones que involucran al grupo de iguales debido a la necesidad de ser aceptados por ellos. De hecho, Mack (1986), en su estudio sobre el suicidio juvenil, plantea que la influencia ejercida por los núcleos sociales en la persona es de suma importancia en la identificación de las diferentes manifestaciones suicidas, entre ellas los pensamientos de suicidio, dado que una misma situación puede desencadenar diferentes emociones dependiendo del individuo. Siguiendo la misma línea, Cutter (1982) plantea que el ambiente social ejerce una influencia directa sobre los diferentes comportamientos suicidas, así como el tipo de relación que tiene el individuo con los diferentes contextos sociales (familia, amigos y demás personas). Concretamente, Joiner (2005) plantea que la sensación de no pertenecer a un grupo social o sentirse excluido estaría relacionado con las diferentes conductas suicidas, por lo que se justifica tener en cuenta diferentes contextos sociales en la evaluación de la ideación suicida en adolescentes. Sin embargo, hasta ahora no se han planteado instrumentos de evaluación de la ideación suicida que incluyan diferentes situaciones, y por ese motivo en este estudio se ha desarrollado el cuestionario SIQUE, que se caracteriza por un enfoque situacional.

El primer objetivo específico de este estudio consistía en determinar cuáles son los componentes de situaciones, de reacción y de persona del cuestionario desarrollado, a partir del Análisis de Componentes de

## Desarrollo y validación del cuestionario SIQUE

Tres Vías (ACTV). En consonancia con lo esperado, se han obtenido dos componentes de situaciones: un primer componente que engloba todas las situaciones negativas con la familia, amigos y desconocidos, denominado Situaciones estresantes y un segundo componente que engloba todas las situaciones positivas con la familia, amigos y desconocidos, denominado Situaciones agradables. Sin embargo, no se esperaba obtener componentes específicos para la familia, amigos y desconocidos porque, como se ha comentado anteriormente, la relevancia de las personas implicadas en una situación específica será diferente de acuerdo a la experiencia personal y los problemas de cada adolescente. A pesar de que estos tres contextos evaluados no se corresponden con componentes específicos, considero que resulta conveniente mantenerlos en el SIQUE, puesto que pueden aportar información útil desde el punto de vista clínico, ya que en la evaluación de un adolescente en particular podría resultar relevante conocer qué relaciones y situaciones son especialmente problemáticas en su caso, porque podrían estar funcionando como detonantes de la ideación suicida.

Por lo que se refiere a las diferentes reacciones, se han incluido ítems vinculados tanto a la ideación suicida negativa como a la ideación suicida positiva. Esta última se refiere a los pensamientos positivos vinculados a la voluntad de vivir, y se ha incluido en el cuestionario porque, tal como destaca Osman et al. (1998), evaluar tanto los pensamientos positivos como los negativos vinculados con la conducta

suicida permite determinar la gravedad de la ideación suicida. De hecho, que un adolescente presente muchos pensamientos negativos pero muy pocos pensamientos positivos implica un riesgo importante para la conducta suicida. Por otra parte, siguiendo la propuesta de Beck, Kovacks y Weissman (1979), en el SIQUE se han incluido también reacciones referidas al deseo activo de suicidio, los planes específicos de suicidio y el deseo pasivo de suicidio. Tal como se esperaba, se han obtenido dos componentes, uno que engloba los pensamientos positivos y otro que engloba los pensamientos negativos vinculados con la conducta suicida.

Por otra parte, el ACTV refleja dos componentes de persona, que se refieren a dos perfiles diferentes de adolescentes según sus reacciones ante las diversas situaciones. El primer perfil incluye las actitudes positivas frente a la vida tanto en situaciones agradables como en situaciones estresantes y se ha denominado Actitud positiva hacia la vida. Por lo tanto, este componente está vinculado con la ideación suicida positiva. El segundo componente, por su parte, contiene los pensamientos suicidas que pueden aparecer tanto en situaciones estresantes como agradables y se ha denominado Actitud negativa hacia la vida. Este componente está vinculado con la ideación suicida negativa. Ambos perfiles están altamente relacionados aunque no son exactamente el mismo factor revertido, como muestra la correlación entre ellos de  $-0.63$ . Por lo tanto, estos resultados revelan que hay un perfil positivo y optimista aún en situaciones estresantes mientras que

## Desarrollo y validación del cuestionario SIQUE

aquellos adolescentes con ideas suicidas tienen sentimientos negativos aún en situaciones agradables. Aunque estos resultados podrían sugerir que no hay necesidad de incluir situaciones positivas y negativas en el cuestionario, cuando se evalúa a un adolescente en particular puede ser interesante conocer si el grado de ideas suicidas en las situaciones agradables es exactamente el mismo que en las situaciones estresantes, porque podría interpretarse como una señal de alarma. De hecho, Horwitz, Berona, Czyz, Yeguez, y King (2016) obtuvieron en un estudio longitudinal que la falta de expectativas positivas ante eventos positivos y negativos podría predecir las diferentes manifestaciones suicidas en algunos adolescentes. Además, de acuerdo con Nock y Banaji (2007), las ideas suicidas son típicamente transitorias por lo que tiene sentido determinar cuáles son las situaciones concretas que causan ideas suicidas en un adolescente en particular. Además, el hecho de que el instrumento incluya situaciones positivas hace que el mismo resulte menos sombrío y deprimente para el adolescente, por lo que resulta más atractivo de responder que otros cuestionarios.

El segundo objetivo planteado consistía en determinar si el cuestionario desarrollado presenta adecuadas propiedades psicométricas. Cabe destacar que los autores que han desarrollado el ACTV no han propuesto un procedimiento estandarizado para evaluar la fiabilidad en este tipo de datos, por lo que en la presente investigación se llevó a cabo un análisis basado en el cálculo de las



correlaciones entre las medias de las nueve reacciones y los dos componentes de persona. Dichas correlaciones, que equivaldrían a los índices de discriminación de los ítems, oscilan entre .34 y .89, de manera que podrían considerarse adecuados. A partir de estas correlaciones se ha calculado un promedio para cada componente de persona a través de las nueve reacciones, pudiéndose considerar dichos valores como indicadores de la consistencia interna de cada componente. La Actitud positiva ha presentado un promedio de .60 mientras que en el caso de la Actitud Negativa se ha obtenido un mejor resultado, alcanzando el .70. Estos resultados indican que los ítems están suficientemente correlacionados con las puntuaciones totales del test, lo que sugieren que el test presenta una adecuada consistencia interna.

Por último, el tercer objetivo de la presente investigación consistía en determinar si el instrumento presenta una adecuada validez convergente y discriminante. Como se esperaba, hay una relación entre los componentes de persona obtenidos en el cuestionario SIQUE y el ítem que evalúa la ideación suicida en el cuestionario de sintomatología depresiva BDI. Concretamente, el componente de persona Actitud negativa hacia la vida, que se refiere a la presencia de ideas suicidas tanto en situaciones estresantes como agradables, tiene una correlación positiva con este ítem del BDI, mientras que el componente personal Actitud positiva hacia la vida tiene una correlación negativa con este ítem. Asimismo, tal como se esperaba, los componentes de

## Desarrollo y validación del cuestionario SIQUE

persona están relacionados tanto con la depresión como con la satisfacción con la vida. El componente de persona Actitud negativa hacia la vida tiene una correlación positiva con la sintomatología depresiva y una correlación negativa con la satisfacción con la vida, aunque la correlación es mayor para la sintomatología depresiva. Estos resultados son congruentes con estudios previos que muestran la relación existente entre la sintomatología depresiva y la presencia de ideas suicidas en adultos y adolescentes (e.g., Singh y Joshi, 2008; Lasgaard, Goosens y Elklit, 2011). De acuerdo con Hintikka et al. (2009), un estado depresivo es una condición necesaria para la existencia de los pensamientos de suicidio. De hecho, diversos estudios sugieren que la depresión es el predictor más importante de la ideación suicida (Gould et al., 2003; Nock et al., 2013). Por ese motivo, tal como indican Field, Diego, y Sanders (2011), se recomienda la inclusión de la sintomatología depresiva en los modelos predictivos de ideación suicida. De hecho, hay algunas variables que están correlacionadas tanto con la con la depresión como con la ideación suicida, pero su correlación con la ideación suicida deja de ser significativa cuando se controla la depresión. Por este motivo, el hecho de no incluir la depresión en los modelos predictivos puede dar lugar a resultados engañosos, porque hay algunas variables que en realidad están relacionadas de forma indirecta con la ideación suicida, a través de su relación con la depresión.

Por otra parte, varios estudios muestran que la satisfacción con la vida se relaciona con las ideas suicidas (e.g., Heisel y Flett, 2004, 2006; Inder et al., 2014; Park, Koo, y Schepp, 2005; Valois, Zullig, Huebner, y Drane, 2004), tal como se ha obtenido también en el presente estudio. De hecho, la evaluación de la satisfacción con la vida en los adolescentes proporciona información global acerca de su salud mental (Valois, Zullig, et al., 2004) y de sus relaciones sociales (Zhang, Zhao, Lester, y Zhou, 2014). Se debería tener en cuenta que la satisfacción con la vida desciende durante la adolescencia, tanto en chicas como en chicos, por lo que esta variable es particularmente relevante en este período de vida, especialmente, porque la adolescencia es un período del desarrollo caracterizado por numerosos cambios en varios niveles que pueden generar considerables cantidades de estrés (Flavio et al., 2013; Woolfolk, 2006). Por lo tanto, los adolescentes tienden a realizar evaluaciones globales sobre sus vidas más negativas que en otras etapas, lo que a su vez puede tener un efecto sobre la ideación suicida. Específicamente, los individuos insatisfechos con sus vidas son más propensos a pensar en el suicidio como una salida a sus problemas, debido a que pueden llegar a creer que no tienen suficientes recursos emocionales para hacer frente a las amenazas y circunstancias de la vida (Extremera y Rey, 2016). Por lo tanto, los resultados obtenidos son los esperables, y son coherentes con estudios previos.

En cuanto a la personalidad, se esperaban correlaciones significativas, especialmente con los rasgos de personalidad estabilidad

## Desarrollo y validación del cuestionario SIQUE

emocional y responsabilidad, considerando la literatura existente. En relación a la estabilidad emocional, los resultados muestran una correlación positiva con el componente de persona Actitud positiva hacia la vida y una correlación negativa con el componente Actitud negativa hacia la vida. Los datos son congruentes con investigaciones previas que muestran una relación significativa entre la ideación suicida y este rasgo de personalidad (DeShong et al., 2015; Enns et al., 2003; Kerby, 2003; Newton-Howes et al., 2015; Segal et al., 2012; Velting, 1999). Estudios previos muestran que las personas con ideación suicida suelen ser inestables emocionalmente, lo cual afianza la vulnerabilidad suicida, debido a la experimentación de emociones negativas que a la vez puede predisponer al individuo a padecer trastornos depresivos o del estado de ánimo (Ayub, 2015; Soltaninejad et al., 2014). Por lo tanto, es de esperar que las personas con una actitud negativa hacia la vida también presenten niveles altos de inestabilidad emocional. De hecho, Fernández, Sáiz, González, González, y Bobes (2000) identificaron en una muestra española que los niveles de estabilidad emocional pueden predecir el paso de las ideas de suicidio a los intentos de suicidio.

En cuanto al rasgo de personalidad responsabilidad, los resultados revelaron un patrón equivalente al obtenido en el rasgo estabilidad emocional, lo cual es congruente con investigaciones previas que también muestran esta relación, que es menor que en el caso de la estabilidad emocional (Soltaninejad et al., 2014). La relación negativa

entre la responsabilidad y el componente Actitud negativa hacia la vida se puede explicar por el mayor autocontrol, autodisciplina y prudencia al tomar decisiones por parte de las personas más responsables, que facilita el planteamiento de diferentes alternativas ante situaciones adversas de la vida (Soltaninejad et al., 2014). Por otra parte, estudios previos muestran que las puntuaciones bajas en el rasgo de personalidad responsabilidad se asocian con el incumplimiento de las normas y, por consiguiente, con la mayor probabilidad de sufrir aislamiento social, la exposición a la delincuencia, el absentismo escolar y el abuso de drogas, lo que a su vez predispone a la experimentación de ideación suicida en adolescentes (Bjarnason, 2009; Cheung, 2014; Elliott, Cunningham, Under, Colangelo, y Gross, 2005; Kokkevi et al., 2007).

Por otra parte, también se han obtenido correlaciones significativas, aunque de menor magnitud, con las variables amabilidad y extraversión. Concretamente, se ha obtenido una relación positiva entre la variable amabilidad y el componente Actitud positiva hacia la vida y una relación negativa con el otro componente, lo que es congruente con estudios previos que muestran que si bien hay una cierta relación, ésta no es muy relevante en lo que hace referencia a las ideas de suicidio y los intentos suicidas. Sin embargo, la relación es mayor con los suicidios consumados (McCann, 2010). En cuanto a la extraversión, los resultados revelan una correlación positiva con el componente Actitud negativa hacia la vida. Sin embargo, hay que tener en cuenta que

## Desarrollo y validación del cuestionario SIQUE

estudios previos muestran que esta relación es menos relevante cuando se controla la sintomatología depresiva (Kerby, 2003; Kumar-Dogra et al., 2008; Miotto y Preti, 2008).

Finalmente, la falta de correlación significativa entre el rasgo de personalidad apertura a la experiencia y los dos componentes de persona también iría en la línea de lo obtenido en diversas investigaciones previas (Blüml et al., 2013; Chioqueta y Stiles, 2005; DeShong et al., 2015; Kerby, 2003; Velting, 1999). En concordancia con estos estudios previos, el presente estudio muestra que este rasgo de personalidad no constituye un predictor de la ideación suicida en población adolescente comunitaria. Por el contrario, su valor predictivo se incrementa a partir de los 50 años y en población clínica (Duberstein, 2001), porque actúa como un factor protector ante las diferentes manifestaciones suicidas, mediante la adaptación a cambios personales y sociales, teniendo en cuenta que el envejecimiento es un proceso natural de la vida que se acompaña de la pérdida continua de aspectos individuales como la salud, capacidades cognitivas, cónyuge, trabajo, conexión social con familiares, amigos y organizaciones, función social, independencia económica y significado de la vida (Zhong, Chiu, y Conwell, 2016). Por lo tanto, es de esperar que el rasgo de personalidad apertura a la experiencia correlacione con la ideación suicida a estas edades. Específicamente, los adultos mayores y ancianos con altas puntuaciones en apertura a la experiencia, son propensos a buscar ayuda familiar, social y sanitaria, a mantener una

red social y adaptarse a cambios, lo cual disminuiría la predisposición a padecer manifestaciones suicidas (Heisel et al., 2006). Se necesitan más estudios que permitan esclarecer el papel de la apertura a la experiencia en las diferentes transiciones evolutivas y su implicación en los pensamientos suicidas.

En relación a la madurez psicológica, se esperaba encontrar una relación entre identidad y los componentes de persona del SIQUE, porque tener un sentido coherente de la identidad protege ante indicadores de sufrimiento como la ansiedad y la depresión (Schwartz, 2007). Se encontró una correlación negativa entre identidad y el componente de persona Actitud negativa hacia la vida, y una correlación positiva con el componente de persona Actitud positiva hacia la vida, lo que es coherente con el papel protector de la identidad. La construcción de la identidad personal es uno de los principales retos en la adolescencia, porque la transición hacia la vida adulta requiere elaborar un concepto sobre uno mismo con el cual se pueda vivir, integrando la experiencia social y la aceptación de los roles sociales (Erikson, 1968). El hecho de no superar este reto con éxito daría lugar a una identidad difusa y a una confusión de roles, con dificultades para asumir el control de la propia vida. Los adolescentes que no logran mantener un desarrollo continuo y coherente de la identidad personal son más propensos a manifestar diferentes manifestaciones suicidas (Chandler, Lalonde, Sokol, y Hallett, 2003). Por otra parte, varios estudios muestran que existe una relación entre la identidad y el

## Desarrollo y validación del cuestionario SIQUE

neuroticismo, dado que sugiere que la formación de la identidad se ve facilitada por los bajos niveles de neuroticismo (Klimstra, Luyckx, Goossens, Teppers, y De Fruyt, 2013) De hecho, la ausencia de una identidad consolidada se relaciona con niveles más altos de depresión (Schwartz, 2007; Schwartz, Zamboanga, Luyckx, Meca, y Ritchie, 2013). Por lo tanto, aunque existen pocos estudios que relacionen los pensamientos de suicidio y la madurez psicológica, los resultados son coherentes con estudios con población similar, en lo que se refiere a la identidad. Es necesario realizar estudios longitudinales durante la transición de la adolescencia hacia la edad adulta, que permitan conocer mejor cuál es el papel del desarrollo de la identidad personal en la aparición de la ideación suicida.

En relación a la agresividad indirecta en posición de víctima, los resultados revelan una correlación negativa con el componente Actitud positiva hacia la vida y una correlación positiva con el componente Actitud negativa hacia la vida. Los datos son coherentes, teniendo en cuenta que ser víctima de este tipo de agresiones produce en los adolescentes efectos psicológicos negativos como ansiedad, pérdida de autoestima y depresión, generando un dolor psicológico que conduce a un deseo inminente de escape del sufrimiento, por lo que puede dar lugar a la aparición de pensamientos suicidas como solución del acoso social (Owens, Slee, y Shute, 2000). Dado que ser víctima de agresiones indirectas en la infancia se relaciona con trastornos depresivos y pensamientos suicidas en la adolescencia y los primeros



años de la adultez (Fite et al., 2011; Sandoval et al., 2015), los resultados obtenidos son los esperables. Teniendo en cuenta que en la actualidad las agresiones indirectas se perpetúan y magnifican mediante las herramientas de telecomunicaciones y redes sociales, un adolescente puede ser victimizado aun estando lejos de sus agresores, lo que da lugar a una sensación de incapacidad para controlar la situación (Alim, 2016; Menesini, Calussi, y Nocentini, 2012), que todavía empeora más la situación.

Para resumir los resultados discutidos anteriormente, el análisis de Componentes de Tres Vías (ACTV) ha mostrado su valor para desarrollar un nuevo instrumento de ideación suicida en población adolescente desde un enfoque situacional. El test SIQUE presenta una adecuada consistencia interna y una adecuada validez convergente y discriminante, proporcionando información relevante que los instrumentos tradicionales no evalúan. Sin embargo, es necesario realizar futuros estudios para comprobar si estos resultados se replican con nuevas muestras, específicamente en muestras clínicas.

#### **4.1.1. Limitaciones y futuras investigaciones.**

A continuación se presentan algunas limitaciones de la presente tesis que se deben tener en cuenta para futuros estudios, además de posibles futuras líneas de investigación que permitirán profundizar en el tema.

Respecto a las limitaciones de este estudio, cabe destacar que la muestra se ha recogido en institutos, con el objetivo de tener una muestra amplia que permitiera analizar la estructura del instrumento y determinar sus componentes. Por lo tanto, sería interesante realizar nuevos estudios que incluyeran muestras clínicas, para comprobar si se replican los resultados con este tipo de muestras, y si se mantienen las propiedades psicométricas del test en un contexto clínico.

Por otra parte, en España la educación es obligatoria solamente hasta los 16 años, por lo que algunos adolescentes optan por abandonar el sistema educativo después de esta edad. Por lo tanto, como la muestra se recogió en institutos, la parte de la muestra con 16 años o más es menos heterogénea que la de menor edad. Es posible que los adolescentes que abandonan el sistema educativo presenten unas características propias, diferentes en cierta medida al resto de estudiantes, por lo que deberían realizarse futuros estudios que incluyeran también a estos adolescentes, para comprobar si los componentes de persona del SIQUE se replican en esta población.

En la batería de cuestionarios no se incluyeron preguntas en relación a la orientación sexual percibida y la identidad sexual, porque es información

particularmente sensible en estas edades y porque la batería de tests ya era lo suficientemente larga, por lo que no se consideró oportuno alargar más las sesiones. Tampoco se preguntó sobre el origen étnico, nacionalidad o régimen migratorio. Sin embargo, para futuras investigaciones sería interesante conocer si las minorías presentan diferentes reacciones ante diferentes contextos y situaciones, en comparación con otros colectivos. También sería interesante determinar si las variables de personalidad, madurez psicológica y satisfacción con la vida, entre otras variables, son igual de relevantes en estos colectivos, respecto a la predicción de la ideación suicida. De hecho, las orientaciones sexuales diferentes a la heterosexualidad, y la identidad de género no correlativa con el sexo de nacimiento, podrían estar relacionadas con la ideación y los intentos suicidas. Los y las adolescentes lesbianas, gais, bisexuales, travestis, transexuales, transgéneros e intersexuales son mucho más propensos a reportar ideación suicida y a presentar un intento de suicidio (Arnarsson, Sveinbjornsdottir, Thorsteinsson, y Bjarnason, 2015; Garofalo, Wolf, Wissow, Woods, y Goodman, 1999; Graugaard, Giraldi, Frisch, Falgaard Eplov, y Davidsen, 2015; Ortiz-Hernández y Valencia-Valero, 2015; Pompili et al., 2014). Al parecer, esta población padece de otros factores de estrés social, vinculados a su orientación sexual o identidad de género, lo cual puede incrementar los niveles de ideación suicida, por lo que la realización de estudios en este tipo de colectivos más vulnerables es especialmente relevante.

## Desarrollo y validación del cuestionario SIQUE

Por otro lado, la palabra migrante o inmigrante engloba a varios colectivos que, si bien comparten el hecho de vivir en un lugar diferente de donde nacieron, sus circunstancias son muy diversas. Por ejemplo, un inmigrante irregular, sin dominio del idioma del país receptor, tiene un elevado riesgo de exclusión social (Dagmar, 2015; Sánchez-Morales, 2012), y es un caso distinto de los estudiantes internacionales o los trabajadores altamente cualificados, que en la mayoría de los casos cuentan con redes sociales de apoyo y acceso a diferentes servicios sociales (Blanco y Zlotnik, 2006). Por lo anterior, se propone como línea de investigación futura evaluar la ideación suicida de la población inmigrante, teniendo en cuenta el proceso y estatus migratorio.

Considerando que los adolescentes son menos pacientes y más impulsivos que los adultos, presentando signos de cansancio y hastío al contestar cuestionarios bastante antes que un adulto, en futuros estudios se podría desarrollar una versión más corta del SIQUE, destinada al ámbito de investigación o screening educativo.

## 4.2. Conclusiones generales

Como principal conclusión, cabe destacar que en la presente tesis se ha desarrollado un nuevo instrumento autoadministrado para evaluar la ideación suicida en población adolescente desde un enfoque situacional, mostrando unas adecuadas propiedades psicométricas, mediante la recopilación de suficiente evidencia. Concretamente, todas las reacciones ante situaciones del cuestionario SIQUE correlacionan con las puntuaciones totales del test, lo cual evidencia una adecuada consistencia interna. Desde otro ángulo, los dos componentes de persona correlacionaron en las direcciones adecuadas con las variables teóricamente relacionadas: sintomatología depresiva, satisfacción con la vida, identidad, madurez psicológica, estabilidad emocional, responsabilidad, amabilidad y ser víctima de agresiones. Además, los dos componentes de persona presentaron altas correlaciones con el ítem de ideación suicida del cuestionario de depresión de Beck et al. (1979). Por lo tanto, considerando estos resultados, se concluye que el cuestionario SIQUE presenta una adecuada consistencia interna y una adecuada validez convergente y discriminante. El estudio también ha mostrado que el análisis de componentes de tres vías (ACTV) es adecuado para este tipo de variables.

Por otra parte, el cuestionario SIQUE aporta información sobre diferentes contextos y situaciones que pueden ser relevantes en la adolescencia. Este instrumento autoadministrado plantea a los adolescentes una serie de situaciones de la vida cotidiana con varias

## Desarrollo y validación del cuestionario SIQUE

reacciones posibles, tanto positivas como negativas, por lo que proporciona información adicional a la proporcionada por los instrumentos tradicionales. Además, es importante disponer de instrumentos autoadministrados debido a que permiten realizar rápidos screenings a muestras muy grandes dentro del ámbito educativo. De hecho, es relativamente fácil administrar cuestionarios a grandes muestras, mientras que es imposible realizar entrevistas a todos los alumnos. Por lo tanto, un test autoadministrado permite, dentro del ámbito educativo, detectar de forma temprana cuáles son los adolescentes más vulnerables, para ofrecer la atención adecuada. En resumen, se puede concluir que el SIQUE puede ser de utilidad tanto en el ámbito educativo y social como en investigación.

Por último, el cuestionario SIQUE permite identificar dos perfiles de ideación suicida en la adolescencia por medio del análisis de componentes de tres vías ACTV: Actitud positiva ante la vida y Actitud negativa ante la vida. Esta información resulta de utilidad en la práctica clínica debido a que conociendo qué tipo de actitud tiene la persona ante la vida, se pueden plantear diferentes programas de prevención e intervención.

Para resumir las conclusiones descritas anteriormente, el análisis de tres vías ACTV ha mostrado su valor como método para evaluar los pensamientos suicidas en adolescentes. Además, el cuestionario desarrollado ha presentado unas adecuadas propiedades psicométricas, concretamente una adecuada consistencia interna, validez convergente y

validez discriminante, proporcionando información relevante para la  
población adolescente.

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI  
DESARROLLO Y VALIDACIÓN DEL CUESTIONARIO SIQUE: EVALUACIÓN DE LA IDEACIÓN SUICIDAS EN LA ADOLESCENCIA  
DESDE UNA APROXIMACIÓN SITUACIONAL  
Jorge Manuel Dueñas Rada



## REFERENCIAS

- Adinkrah, M. (2013). Criminal prosecution of suicide attempt survivors in Ghana. *International journal of offender therapy and comparative criminology*, 57(12), 1477-1497.  
<http://doi.org/10.1177/0306624X12456986>
- Adrian, M., Miller, A. B., McCauley, E., & Vander Stoep, A. (2016). Suicidal ideation in early to middle adolescence: Sex-specific trajectories and predictors. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 57(5), 645-653. <http://doi.org/10.1111/jcpp.12484>
- Ainsworth, M. D. S., Blehar, M. C., Waters, E., & Wall, S. (2015). *Patterns of attachment: a psychological study of the strange situation*. New York: Psychology Press.
- Alaimo, K., Olson, C. M., & Frongillo, E. A. (2002). Family Food Insufficiency, but Not Low Family Income, Is Positively Associated with Dysthymia and Suicide Symptoms in Adolescents. *The journal of nutrition*, 132(4), 719-725.
- Albright, C. M., Crothers, L. M., Kolbert, J. B., Wells, D. S., Fenclau, E. J., Woodarek, J., ... Field, J. E. (2016). LGBTQ and Heterosexual Adolescents' Use of Indirect Forms of Aggression. *Journal of Aggression, Maltreatment and Trauma*, 25(10), 1117-1130.  
<http://doi.org/10.1080/10926771.2016.1245692>
- Alim, S. (2016). Cyberbullying in the World of Teenagers and Social Media: A Literature Review. *International Journal of Cyber Behavior*,

*Psychology and Learning*, 6(2), 68-95.

<http://doi.org/10.4018/IJCBPL.2016040105>

Allison, S., Roeger, L., Martin, G., & Keeves, J. (2001). Gender differences in the relationship between depression and suicidal ideation in young adolescents. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 35(4), 498-503. <http://doi.org/10.1046/j.1440-1614.2001.00927.x>

Álvaro-Meca, Kneib, T., Gil-Prieto, R., & Gil de Miguel, A. (2013).

Epidemiology of suicide in Spain, 1981-2008: a spatiotemporal analysis. *Public health*, 127(4), 380-385.

<http://doi.org/10.1016/j.puhe.2012.12.007>

Alvira Martín, F., & Blanco Moreno, F. (1998). Estrategia y técnicas investigadoras en el suicidio, de Emile Durkheim. *Revista Española de Investigaciones Sociológicas (REIS)*, 81(98), 63-72.

Andover, M. S., Morris, B. W., Wren, A., & Bruzzese, M. E. (2012). The co-occurrence of non-suicidal self-injury and attempted suicide among adolescents: distinguishing risk factors and psychosocial correlates. *Child and adolescent psychiatry and mental health*, 6(1), 6-11.

<http://doi.org/10.1186/1753-2000-6-11>

Andrews, F. M., & Withey, S. B. (2012). Americans' Well-Being: Specific Life Concerns. En *Social Indicators of Well-Being* (p. 476). New York and London: Springer Science & Business Media.

Angst, J., Hengartner, M. P., Rogers, J., Schnyder, U., Steinhausen, H.-C., Ajdacic-Gross, V., & Rössler, W. (2014). Suicidality in the prospective Zurich study: prevalence, risk factors and gender. *European archives*

*of psychiatry and clinical neuroscience*, 264(7), 557-65.

<http://doi.org/10.1007/s00406-014-0500-1>

Anguas, A. (2000). *El bienestar subjetivo en la cultura mexicana*.

Universidad Nacional Autónoma de México, México.

Anguiano-carrasco, C., & Vigil-Colet, A. (2011). Assessing indirect aggression in aggressors and targets: Spanish adaptation of the Indirect Aggression Scales. *Psicothema*, 23(1), 146-152.

Arango, A., Opperman, K. J., Gipson, P. Y., & King, C. A. (2016). Suicidal ideation and suicide attempts among youth who report bully victimization, bully perpetration and/or low social connectedness. *Journal of Adolescence*, 51, 19-29.

<http://doi.org/10.1016/j.adolescence.2016.05.003>

Arnarsson, A., Sveinbjornsdottir, S., Thorsteinsson, E. B., & Bjarnason, T. (2015). Suicidal risk and sexual orientation in adolescence: a population-based study in Iceland. *Scandinavian journal of public health*, 43(5), 497-505. <http://doi.org/10.1177/1403494815585402>

Arranz, B., Blennow, K., Eriksson, A., Maansson, J.-E., & Marcusson, J. (1997). Serotonergic, noradrenergic, and dopaminergic measures in suicide brains. *Biological Psychiatry*, 41(10), 1000-1009.

[http://doi.org/10.1016/S0006-3223\(96\)00239-9](http://doi.org/10.1016/S0006-3223(96)00239-9)

Åsberg, M., Träskman, L., & Thorén, P. (1976). 5-HIAA in the Cerebrospinal Fluid A Biochemical Suicide Predictor? *Archives of General Psychiatry*, 33(10), 1193-1197.

<http://doi.org/10.1001/archpsyc.1976.01770100055005>

## Desarrollo y validación del cuestionario SIQUE

Atienza, F. L., Pons, D., Balaguer, I., & García-Merita, M. (2000).

Propiedades Psicométricas de la Escala de Satisfacción con la Vida en Adolescentes. *Psicothema*, 12(2), 314-319.

Atienza, F. L., Pons, D., Balaguer, I., & Valencia, U. De. (2000).

Propiedades Psicométricas de la Escala de Satisfacción con la Vida en Adolescentes. *Psicothema*, 12(1984), 314-319.

Auerbach, R. P., Millner, A. J., Stewart, J. G., & Esposito, E. C. (2015).

Identifying differences between depressed adolescent suicide ideators and attempters. *Journal of Affective Disorders*, 186, 127-133.

<http://doi.org/10.1016/j.jad.2015.06.031>

Ayub, N. (2015). Predicting suicide ideation through intrapersonal and interpersonal factors: The interplay of Big-Five personality traits and social support. *Personality and Mental Health*, 9(4), 308-318.

<http://doi.org/10.1002/pmh>

Baechler, J. (1975). *Les suicides*. Paris: Calmann-Lévy.

Barzilay, S., Feldman, D., Snir, A., Apter, A., Carli, V., Hoven, W., ...

Wasserman, D. (2015). The interpersonal theory of suicide and adolescent suicidal behavior. *Journal of affective disorders*, 183(1), 68-74. <http://doi.org/10.1016/j.jad.2015.04.047>

Baumeister, R. F. (1990). Suicide as escape from self. *Psychological Review*, 97(1), 90-113. <http://doi.org/10.1037//0033-295X.97.1.90>

Beck, A. T., Brown, G. K., & Steer, R. A. (1997). Psychometric characteristics of the Scale for Suicide Ideation with psychiatric outpatients. *Behaviour Research and Therapy*, 35(11), 1039-1046.

[http://doi.org/10.1016/S0005-7967\(97\)00073-9](http://doi.org/10.1016/S0005-7967(97)00073-9)

- Beck, A. T., Kovacs, M., & Weissman, A. (1979). Assessment of suicidal intention: The Scale for Suicide Ideation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 47*(2), 343-352. <http://doi.org/10.1037/0022-006X.47.2.343>
- Beck, A. T., & Steer, R. A. (1991). *Manual for the Beck Scale for suicidal ideation*. New York: Psychological Corporation.
- Beck, A. T., Weissman, A., Lester, D., & Trexler, L. (1974). The measurement of pessimism: The Hopelessness Scale. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 42*(6), 861-865. <http://doi.org/10.1037/h0037562>
- Berlim, M. T., Mattevi, B. S., Pavanello, D. P., Caldieraro, M. A. K., & Fleck, M. P. A. (2003). Suicidal ideation and quality of life among adult Brazilian outpatients with depressive disorders. *Journal of Nervous and Mental Disease, 191*(3), 193-197. <http://doi.org/10.1097/00005053-200303000-00010>
- Berman, L., Silverman, M., & Joiner, T. (2010). Edwin S. Shneidman (1918-2009). *The American psychologist, 65*(1), 50-1. <http://doi.org/10.1037/a0017792>
- Bernburg, J. G., Thorlindsson, T., & Sigfusdottir, I. D. (2009). The spreading of suicidal behavior: The contextual effect of community household poverty on adolescent suicidal behavior and the mediating role of suicide suggestion. *Social science & medicine, 68*, 380-389. <http://doi.org/10.1016/j.socscimed.2008.10.020>

- Bhola, P., Rekha, D. P., Sathyanarayanan, V., Daniel, S., & Thomas, T. (2014). Self-reported suicidality and its predictors among adolescents from a pre-university college in Bangalore, India. *Asian journal of psychiatry*, 7(1), 38-45. <http://doi.org/10.1016/j.ajp.2013.10.003>
- Bjarnason, T. (2009). Anomie Among European Adolescents: Conceptual and Empirical Clarification of a Multilevel Sociological Concept. *Sociological Forum*, 24(1), 135-161. <http://doi.org/10.1111/j.1573-7861.2008.01089.x>
- Björkqvist, K., Österman, K., & Kaukiainen, A. (1992). The development of direct and indirect aggressive strategies in males and females. En *Of mice and women: Aspects of female aggression*. (pp. 51-64). San Diego: Academic Press.
- Blair-West, G. W., Cantor, C. H., Mellsop, G. W., & Eyeson-Annan, M. L. (1999). Lifetime suicide risk in major depression: sex and age determinants. *Journal of affective disorders*, 55(2-3), 171-178.
- Blanchard-Giménez, M., & Muzás-Rubio, E. (2007). *Acoso escolar : desarrollo, prevención y herramientas de trabajo*. Madrid: Narcea.
- Blanco, M., & Zlotnik, H. (2006). *Migraciones: nuevas moviidades en un mundo en movimiento*. Barcelona: Anthropos Editorial.
- Blüml, V., Kapusta, N. D., Doering, S., Brähler, E., Wagner, B., & Kersting, A. (2013). Personality Factors and Suicide Risk in a Representative Sample of the German General Population. *PLoS ONE*, 8(10), 1-7. <http://doi.org/10.1371/journal.pone.0076646>
- Bondy, B., Buettner, A., & Zill, P. (2006). Genetics of suicide. *Molecular*

- psychiatry*, 11(4), 336-51. <http://doi.org/10.1038/sj.mp.4001803>
- Bonner, R., & Rich, A. (1987). Toward a predictive model of suicidal ideation and behavior- some preliminary data in college-students. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 17(1), 50-63.
- Bonoti, F., Leondari, A., & Mastora, A. (2013). Exploring Children's Understanding of Death: Through Drawings and the Death Concept Questionnaire. *Death Studies*, 37(1), 47-60.  
<http://doi.org/10.1080/07481187.2011.623216>
- Bowlby, J., & John. (1982). Attachment and loss: Retrospect and prospect. *American Journal of Orthopsychiatry*, 52(4), 664-678.  
<http://doi.org/10.1111/j.1939-0025.1982.tb01456.x>
- Boyd, A., Van de Velde, S., Vilagut, G., de Graaf, R., O'Neill, S., Florescu, S., ... Kovess-Masfety, V. (2015). Gender differences in mental disorders and suicidality in Europe: Results from a large cross-sectional population-based study. *Journal of affective disorders*, 173(1), 245-254. <http://doi.org/10.1016/j.jad.2014.11.002>
- Brainerd, E. (2001). Economic reform and mortality in the former Soviet Union : A study of the suicide epidemic in the 1990s. *European Economic Review*, 45(4-6), 1007–1019. [http://doi.org/10.1016/S0014-2921\(01\)00108-8](http://doi.org/10.1016/S0014-2921(01)00108-8)
- Brent, D. A., & Mann, J. J. (2005). Family genetic studies, suicide, and suicidal behavior. *American journal of medical genetics. Part C, Seminars in medical genetics*, 133C(1), 13-24.  
<http://doi.org/10.1002/ajmg.c.30042>

## Desarrollo y validación del cuestionario SIQUE

- Brezo, J., Paris, J., & Turecki, G. (2006). Personality traits as correlates of suicidal ideation, suicide attempts, and suicide completions: A systematic review. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *113*(3), 180-206.  
<http://doi.org/10.1111/j.1600-0447.2005.00702.x>
- Brown, A. S., & Gershon, S. (1993). Dopamine and depression. *Journal of Neural Transmission*, *91*(2-3), 75-109.  
<http://doi.org/10.1007/BF01245227>
- Brown, G. K. (2001). *A review of suicide Assessment measures for intervention research with adults and older adults*. National Institute of Mental Health (NIMH). Philadelphia, Pennsylvania.
- Brunstein Klomek, A., Marrocco, F., Kleinman, M., Schonfeld, I. S. I. S., & Gould, M. S. M. S. (2007). Bullying, depression, and suicidality in adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, *46*(1), 40-49.  
<http://doi.org/10.1097/01.chi.0000242237.84925.18>
- Buendía, J., Riquelme, A., & Ruiz, J. A. (2004). *El suicidio en adolescentes: factores implicados en el comportamiento suicida*. (1.<sup>a</sup> ed.). Murcia: Servicio de publicaciones de la Universidad de Murcia.
- Burgi, N. (2014). Societies without citizens: The anomic impacts of labor market restructuring and the erosion of social rights in Europe. *European Journal of Social Theory*, *17*(3), 290-306.  
<http://doi.org/10.1177/1368431014530927>
- Camps, E. (2015). *La contribución de la madurez psicológica y de los cinco grandes factores de la personalidad a la predicción del rendimiento*



- académico en adolescentes*. (Tesis doctoral). Universitat Rovira i Virgili, Tarragona, España.
- Casas, F. (1996). *Bienestar social: una introducción psicosociológica*. Barcelona: Promoción y publicaciones universitarias.
- Casey, P., Dunn, G., Kelly, B., Lehtinen, V., Dalgard, O., Dowrick, C., & Ayuso-Mateos, J. . (2008). The prevalence of suicidal ideation in the general population: results from the Outcome of Depression International Network (ODIN) study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 43(4), 299-304. <http://doi.org/10.1007/s00127-008-0313-5>
- Catanzaro, M. F. (2011). Indirect aggression, bullying and female teen victimization: a literature review. *Pastoral Care in Education*, 29(2), 83-101. <http://doi.org/10.1080/02643944.2011.573495>
- CDC - NCHS - National Center for Health Statistics. (2015). Recuperado 19 de mayo de 2017, a partir de <https://www.cdc.gov/nchs/>
- Ceulemans, E., & Kiers, H. A. L. (2006). Selecting among three-mode principal component models of different types and complexities: A numerical convex hull based method. *British Journal of Mathematical and Statistical Psychology*, 59(1), 133-150. <http://doi.org/10.1348/000711005X64817>
- Chandler, M. J., Lalonde, C. E., Sokol, B. W., & Hallett, D. (2003). Personal persistence, identity development, and suicide: a study of Native and Non-native North American adolescents. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 68(2), 131-138.

<http://doi.org/10.2307/1166217>

Chávez-Hernández, A. M., & Leenaars, A. A. (2010). Edwin S. Shneidman and the modern suicidology. *Salud Mental*, 33(4), 355-360.

Chen, Y.-Y., Wu, K. C.-C., Yousuf, S., & Yip, P. S. F. (2012). Suicide in Asia: opportunities and challenges. *Epidemiologic reviews*, 34(1), 129-44. <http://doi.org/10.1093/epirev/mxr025>

Cheng, Q., Kwok, C. L., Zhu, T., Guan, L., & Yip, P. S. F. (2015). Suicide communication on social media and its psychological mechanisms: An examination of chinese microblog users. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 12(9), 11506-11527. <http://doi.org/10.3390/ijerph120911506>

Cheng, Y., Li, X., Lou, C., Sonenstein, F. L., Kalamar, A., Jejeebhoy, S., ... Ojengbede, O. (2014). The association between social support and mental health among vulnerable adolescents in five cities: Findings from the study of the well-being of adolescents in vulnerable environments. *Journal of Adolescent Health*, 55(6), S31-S38. <http://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2014.08.020>

Cheng, Y., Tao, M., Riley, L., Kann, L., Ye, L., Tian, X., ... Chen, D. (2009). Protective factors relating to decreased risks of adolescent suicidal behaviour. *Child: Care, Health and Development*, 35(3), 313-322. <http://doi.org/10.1111/j.1365-2214.2009.00955.x>

Cheung, C.-K. (2014). Reversion effects of self-esteem on responsibility orientations among young people. En *Handbook on The Psychology of Self-Esteem* (pp. 123-144). New York: Nova Science Publishers Inc.

- Chien-Chang, K., Chen, Y., & Yip, P. (2012). Suicide methods in Asia: implications in suicide prevention. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 9(4), 1135-58.  
<http://doi.org/10.3390/ijerph9041135>
- Chioqueta, A. P., & Stiles, T. C. (2005). Personality traits and the development of depression, hopelessness, and suicide ideation. *Personality and Individual Differences*, 38(6), 1283-1291.  
<http://doi.org/10.1016/j.paid.2004.08.010>
- Chopko, B. A., Palmieri, P. A., & Facemire, V. C. (2013). Prevalence and Predictors of Suicidal Ideation Among U.S. Law Enforcement Officers. *Journal of Police and Criminal Psychology*, 29(1), 1-9.  
<http://doi.org/10.1007/s11896-013-9116-z>
- Chu, C., Buchman-Schmitt, J. M., & Joiner, T. E. (2015). Autobiographical Memory Perspectives in Task and Suicide Attempt Recall: A Study of Young Adults With and Without Symptoms of Suicidality. *Cognitive Therapy and Research*, 39(6), 766-775. <http://doi.org/10.1007/s10608-015-9704-6>
- Clum, G. A., & Yang, B. (1995). Additional Support for the Reliability and Validity of the Modified Scale for Suicide Ideation. *Psychological Assessment*, 7(1), 122-125.
- Crepeau-Hobson, F., & Leech, N. L. (2016). Peer Victimization and Suicidal Behaviors Among High School Youth. *Journal of School Violence*, 15(3). <http://doi.org/10.1080/15388220.2014.996717>
- Crick, N. R., Casas, J. F., & Nelson, D. A. (2002). Current Directions in

Psychological Science Toward a More Comprehensive Understanding of Peer Maltreatment : Studies of Relational Victimization. *Current Directions in Psychological Science*, 11(3), 98-101.

<http://doi.org/10.1111/1467-8721.00177>

Crosby, A. E., Ortega, L., & Stevens, M. R. (2013). Suicides - United States, 2005-2009. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 62(3), 179-183.

Cull, J. G., & Gill, W. S. (1982). *Suicide Probability Scale (SPS) Manual*. Torrance, California: Western Psychological Services.

Cutter, F. (1982). *Suicide Prevention Triangle*. Bruselas: Triangle Books.

Czyz, E. K., Liu, Z., & King, C. A. (2012). Social Connectedness and One-Year Trajectories Among Suicidal Adolescents Following Psychiatric Hospitalization. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 41(2), 214-226. <http://doi.org/10.1080/15374416.2012.651998>

Dagmar, M. (2015). Migración y Global Health en Europa. *Razón y palabra*, 90(1605-4806), 1-16.

de Araújo-Veras, J. L., Ximenes, R. C. C., de Vasconcelos, F. M. N., & Sougey, E. B. (2016). Prevalence of Suicide Risk Among Adolescents With Depressive Symptoms. *Archives of Psychiatric Nursing*, 30(1), 2-6. <http://doi.org/10.1016/j.apnu.2015.11.003>

De Haes, J. C. J. M., Pennink, B. J. W., & Welvaart, K. (1987). The distinction between affect and cognition. *Social Indicators Research*, 19(3), 367-378. <http://doi.org/10.1007/BF00300368>

De la Rubia, J. M. (2011). La escala de afecto positivo y negativo (PANAS)

- en parejas casadas mexicanas. *CIENCIA ergo sum*, 18(2), 117-125.
- De la Torre, M. (2013). Protocolo para la detección y atención inicial de la ideación suicida. Madrid: Centro De Psicología Aplicada, Universidad Autonoma De Madrid. <http://doi.org/10.1002/9780470774120>
- De Man, A. ., & Leduc, C. . (1995). Suicidal ideation in high school students: Depression and other correlates. *Journal of Clinical Psychology*, 51(2), 173-181.
- Dean, P. J., Range, L. M., & Goggin, W. C. (1996). The escape theory of suicide in college students: testing a model that includes perfectionism. *Suicide & life-threatening behavior*, 26(2), 181-186. <http://doi.org/10.1111/j.1943-278X.1996.tb00829.x>
- de Wilde, E., Kienhorst, I. C., & Diekstar, R. F. (1996). El suicidio en la adolescencia. En *Psicopatología en niños y adolescentes. Desarrollos actuales*. (pp. 309-332). Madrid: Pirámide, Ediciones.
- Dedic, G. (2014). Gender differences in suicide in Serbia within the period 2006-2010. *Vojnosanitetski pregled*, 71(3), 265-270. <http://doi.org/10.2298/VSP1403265D>
- Descartes, C. H., & Maharaj, P. E. (2016). Does the Type of Aggression Matter? The Role of Culture in Understanding Direct and Indirect Aggression Among Children and Adolescents in Trinidad. *Journal of Child and Adolescent Trauma*, 9(3), 217-229. <http://doi.org/10.1007/s40653-016-0095-y>
- Deshaies, G. (1952). Les doctrines du suicide. *La Vie médicale. Evolution médicale et thérapeutique*, 1, 41-54.

## Desarrollo y validación del cuestionario SIQUE

- DeShong, H. L., Tucker, R. P., O'Keefe, V. M., Mullins-Sweatt, S. N., & Wingate, L. R. (2015). Five factor model traits as a predictor of suicide ideation and interpersonal suicide risk in a college sample. *Psychiatry Research, 226*(1), 217-223.  
<http://doi.org/10.1016/j.psychres.2015.01.002>
- Dias, L., Souza, D. M., Azevedo, R., Jansen, K., Kuhn, R. P., Horta, L., & Pinheiro, R. T. (2009). Suicidal ideation in adolescents aged 11 to 15 years : prevalence and associated factors Ideação suicida em adolescentes de 11 a 15 anos : prevalência e fatores associados. *Revista Brasileira de Psiquiatria, 32*(1), 37-41.
- Diener, R., Emmons, R., Larsen, J., & Griffin, S. (1985). The satisfaction with life scale. *Journal of Personality Assessment, 49*(1), 71-75.
- Dong, Y., Huang, F., Hu, G., Liu, Y., Zheng, R., Zhang, Q., & Mao, X. (2014). The prevalence of suicidal ideation among the elderly in China: a meta-analysis of 11 cross-sectional studies. *Comprehensive psychiatry, 55*(5), 1100-5.  
<http://doi.org/10.1016/j.comppsy.2014.02.010>
- Duberstein, P. R. (2001). Are closed-minded people more open to the idea of killing themselves? *Suicide & life-threatening behavior, 31*(1), 9-14.  
<http://doi.org/10.1521/suli.31.1.9.21309>
- Dueñas, J. (2011). *Correlates of suicide ideation in Spanish adolescents: The contribution of depression, life satisfaction, psychological maturity and personality*. (Trabajo fin de master inédito). Universitat Rovira i Virgili, Facultat de Ciències de l'Educació i Psicologia, Espanya.

- Dupéré, V., Leventhal, T., & Lacourse, E. (2009). Neighborhood poverty and suicidal thoughts and attempts in late adolescence. *Psychological Medicine*, 39(8), 1295-306.  
<http://doi.org/10.1017/S003329170800456X>
- Durkheim, E. (2003). *El suicidio (Trabajo original publicado como Le Suicide en 1897)*. (37.<sup>a</sup> ed.). Madrid: Ediciones akal.
- Durkheim, E., & Díaz Sánchez, L. (1976). *El Suicidio*. Madrid: Ediciones Akal.
- Eisenberg, M. E., McMorris, B. J., Gower, A. L., & Chatterjee, D. (2016). Bullying victimization and emotional distress: Is there strength in numbers for vulnerable youth? *Journal of Psychosomatic Research*, 86, 13-19. <http://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2016.04.007>
- Elliott, G. C., Cunningham, S. M., Linder, M., Colangelo, M., & Gross, M. (2005). Child Physical Abuse and Self-Perceived Social Isolation Among Adolescents. *Journal of Interpersonal Violence*, 20(12), 1663-1684. <http://doi.org/10.1177/0886260505281439>
- Enns, M. W., Cox, B. J., & Inayatulla, M. (2003). Personality predictors of outcome for adolescents hospitalized for suicidal ideation. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 42(6), 720-727. <http://doi.org/10.1097/01.CHI.0000046847.56865.B0>
- Erikson, E. (1968). *Identity: Youth and crisis*. New York: W. W. Norton & Company.
- Escobar Echavarría, J., Montoya, L., Restrepo, D., & Mejía, D. (2016). Ciberacoso y comportamiento suicida. ¿Cuál es la conexión? A

propósito de un caso. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 46(2), 283-298. <http://doi.org/10.1016/j.rcp.2016.08.004>

Espina, A., & Pumar, B. (1996). *Terapia familiar sistémica : teoría, clínica e investigación* (1.ª ed.). Madrid: Editorial Fundamentos.

Evans, E., Hawton, K., & Rodham, K. (2004). Factors associated with suicidal phenomena in adolescents: a systematic review of population-based studies. *Clinical psychology review*, 24(8), 957-79. <http://doi.org/10.1016/j.cpr.2004.04.005>

Evans, E., Hawton, K., Rodham, K., Psychol, C., & Deeks, J. (2005). The Prevalence of Suicidal Phenomena in Adolescents : A Systematic Review of Population-Based Studies. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 35(3), 239-250. <http://doi.org/10.1521/suli.2005.35.3.239>

Extremera, N., & Rey, L. (2016). Attenuating the negative impact of unemployment: The interactive effects of perceived emotional intelligence and well-being on suicide risk. *PLoS ONE*, 11(9), 1-13. <http://doi.org/10.1371/journal.pone.0163656>

Fernández, G. C., Sáiz, M. P., González, P. M., González, S. J., & Bobes, G. J. (2000). Attempted suicide versus suicidal intention: a study of differential characteristics. *Actas españolas de psiquiatría*, 28(4), 224-30.

Ferrando, P. J. (2005). Factor Analytic Procedures for Assessing Social Desirability in Binary Items. *Multivariate Behavioral Research*, 40(3), 331-349. [http://doi.org/10.1207/s15327906mbr4003\\_3](http://doi.org/10.1207/s15327906mbr4003_3)

Ferrando, P. J., Lorenzo-Seva, U., & Chico, E. (2009). A General Factor-



- Analytic Procedure for Assessing Response Bias in Questionnaire Measures. *Structural Equation Modeling: A Multidisciplinary Journal*, 16(2), 364-381. <http://doi.org/10.1080/10705510902751374>
- Ferrara, P., Ianniello, F., Cutrona, C., Quintarelli, F., Vena, F., Del Volgo, V., ... Riccardi, R. (2014). A focus on recent cases of suicides among Italian children and adolescents and a review of literature. *Italian journal of pediatrics*, 11(9), 40-69. <http://doi.org/10.1186/s13052-014-0069-3>
- Field, T., Diego, M., & Sanders, C. (2011). Adolescent depression and risk factors. *Adolescence*, 36(143), 490-498.
- Fisher, L. B., Overholser, J. C., & Dieter, L. (2014). Methods of Committing Suicide Among 2,347 People in Ohio. *Death studies*, 39(1), 39-43. <http://doi.org/10.1080/07481187.2013.851130>
- Fite, P. J., Stoppelbein, L., & Greening, L. (2009). Proactive and Reactive Aggression in a Child Psychiatric Inpatient Population. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 38(2), 199-205. <http://doi.org/10.1080/15374410802698461>
- Fite, P. J., Stoppelbein, L., Greening, L., & Preddy, T. M. (2011). Associations between relational aggression, depression, and suicidal ideation in a child psychiatric inpatient sample. *Child Psychiatry and Human Development*, 42(6), 666-678. <http://doi.org/10.1007/s10578-011-0243-4>
- Flavio, M., Martin, E., Pascal, B., Stephanie, C., Gabriela, S., Merle, K., & Anita, R.-R. (2013). Suicide attempts in the county of Basel: results

from the WHO/EURO Multicentre Study on Suicidal Behaviour. *Swiss medical weekly*, 143(1), 1-15. <http://doi.org/10.4414/smw.2013.13759>

Florenzano, R., Valdés, M., Cáceres, E., Santander, S., Aspillaga, C., & Musalem, C. (2011). Relación entre ideación suicida y estilos parentales en un grupo de adolescentes Chilenos. *Revista Medica de Chile*, 139(12), 1529-1533. <http://doi.org/10.4067/S0034-98872011001200001>

Force, C. M. (2016). How Middle School Principals of Small Rural Schools Address Cyberbullying. *International Journal of Cyber Behavior, Psychology and Learning*, 6(1), 27-41. <http://doi.org/10.4018/IJCBPL.2016010102>

Forteza, C. G., Lira, L. R., Gutiérrez, M. Á. C., & Echeagarray, F. A. W. (2003). Correlatos psicosociales de depresión, ideación e intento suicida en adolescentes mexicanos. *Psicothema*, 15(4), 524-532.

Fountoulakis, K. N., Savopoulos, C., Apostolopoulou, M., Dampali, R., Zaggelidou, E., Karlafti, E., ... Hatzitolios, A. I. (2015). Rate of suicide and suicide attempts and their relationship to unemployment in Thessaloniki Greece (2000–2012). *Journal of Affective Disorders*, 174, 131-136. <http://doi.org/10.1016/j.jad.2014.11.047>

Freemann, A., & Reinecke, M. (1995). *Terapia cognitiva aplicada a la conducta suicida* (ES). Bilbao: Desclée de Brouwer.

Gailiené, D. (2004). Suicide in Lithuania during the years of 1990 to 2002. *Archives of suicide research*, 8(4), 389-95. <http://doi.org/10.1080/13811110490476806>

- Garaigordobil, M., & Peña, A. (2016). Emotional intelligence in adolescents from 13 to 16 years: Explanatory variables. En *Psychological Well-Being: Cultural Influences, Measurement Strategies and Health Implications* (pp. 101-128). New York: Nova Science Publishe.
- García, A. G. G., Contreras, C. M., & Gutiérrez-garcía, A. G. (2008). El suicidio y algunos de sus correlatos neurobiológicos. Primera parte. *Salud Mental, 31*(4), 321-330.
- Garofalo, R., Wolf, R. C., Wissow, L. S., Woods, E. R., & Goodman, E. (1999). Sexual orientation and risk of suicide attempts among a representative sample of youth. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine, 153*(5), 487-493.
- Gili, M., García Campayo, J., & Roca, M. (2014). Economic crisis and mental health. SESPAS report 2014. *Gaceta sanitaria, 28*(1), 104-8. <http://doi.org/10.1016/j.gaceta.2014.02.005>
- Giner, L., & Guija, J. A. (2014). Number of suicides in Spain: Differences between data from the Spanish Statistical Office and the Institutes of Legal Medicine. *Revista de psiquiatria y salud mental, 7*(3), 139-46. <http://doi.org/10.1016/j.rpsm.2014.01.002>
- Goldbeck, L., Schmitz, T. G., Besier, T., Herschbach, P., & Henrich, G. (2007). Life satisfaction decreases during adolescence. *Quality of Life Research, 16*(6), 969-979. <http://doi.org/10.1007/s11136-007-9205-5>
- Gould, M. S., Greenberg, T., Velting, D. M., & Shaffer, D. (2003). Youth suicide risk and preventive interventions: a review of the past 10 years. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry,*

42(4), 386-405. <http://doi.org/10.1097/01.CHI.0000046821.95464.CF>

Graugaard, C., Giraldi, A., Frisch, M., Falgaard Eplov, L., & Davidsen, M. (2015). Self-reported sexual and psychosocial health among non-heterosexual Danes. *Scandinavian journal of public health*, 43(3), 309-14. <http://doi.org/10.1177/1403494814563371>

Greenberger, Ellen|Sørensen, A. B. (1973). Educating children for adulthood: A concept of psychosocial maturity. Baltimore, Maryland.: Center for Social Organization of Schools.

Greenberger, E., Josselson, R., Knerr, C., & Knerr, B. (1975). The measurement and structure of psychosocial maturity. *Journal of Youth and Adolescence*, 4(2), 127-143. <http://doi.org/10.1007/BF01537437>

Greenberger, E., & Sørensen, A. B. (1974). Toward a concept of psychosocial maturity. *Journal of Youth and Adolescence*, 3(4), 329-358. <http://doi.org/10.1007/BF02214746>

Grotper, J. K., & Crick, N. R. (1996). Relational Aggression, Overt Aggression, and Friendship. *Child Development*, 67(5), 2328-2338. <http://doi.org/10.1111/j.1467-8624.1996.tb01860.x>

Gunnell, D. J., Peters, T. J., Kammerling, R. M., & Brooks, J. (1995). Relation between parasuicide, suicide, psychiatric admissions, and socioeconomic deprivation. *The BMJ*, 311(6999), 226-230. <http://doi.org/10.1136/bmj.311.6999.226>

Gutierrez, P. M., Osman, A., Kopper, B. A., Barrios, F. X., & Bagge, C. L. (2000). Suicide risk assessment in a college student population. *Journal of Counseling Psychology*, 47(4), 403-413.

<http://doi.org/10.1037/0022-0167.47.4.403>

- Gvion, Y., Horesh, N., Levi-Belz, Y., & Apter, A. (2015). A proposed model of the development of suicidal ideations. *Comprehensive psychiatry*, *56*, 93-102. <http://doi.org/10.1016/j.comppsy.2014.09.019>
- Hadjipapanicolaou, D., Kališová, L., Kozelek, P., Žukov, I., & Glaser, T. (2014). Schizophrenia and suicidality. *Ceska a Slovenska Psychiatrie*, *110*(3), 158-164.
- Hamilton, T., & Schweitzer, R. (2000). The cost of being perfect: Perfectionism and suicide ideation in university students. *Australian and New Zealand Journal ...*, *34* (5), 829-35.
- Harro, J., & Orelund, L. (1996). Depression as a spreading neuronal adjustment disorder. *European neuropsychopharmacology*, *6*(3), 207-23.
- Hee Ahn, M., Park, S., Ha, K., Choi, S. H., & Hong, J. P. (2012). Gender ratio comparisons of the suicide rates and methods in Korea, Japan, Australia, and the United States. *Journal of affective disorders*, *142*(1-3), 161-5. <http://doi.org/10.1016/j.jad.2012.05.008>
- Heisel, M. J., Duberstein, P. R., Conner, K. R., Franus, N., Beckman, A., & Conwell, Y. (2006). Personality and reports of suicide ideation among depressed adults 50 years of age or older. *Journal of affective disorders*, *90*(2-3), 175-80. <http://doi.org/10.1016/j.jad.2005.11.005>
- Heisel, M. J., & Flett, G. L. (2004). Purpose in Life, Satisfaction with Life, and Suicide Ideation in a Clinical Sample. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, *26*(2), 127-135.

<http://doi.org/10.1023/B:JOBA.0000013660.22413.e0>

Heisel, M. J., & Flett, G. L. (2006). The development and initial validation of the geriatric suicide ideation scale. *The American journal of geriatric psychiatry*, 14(9), 742-50.

<http://doi.org/10.1097/01.JGP.0000218699.27899.f9>

Henriques, G., Beck, A., & Brown, G. (2003). Cognitive therapy for adolescent and young adult suicide attempters. *American Behavioral Scientist*, 46(9), 1258-1268. <http://doi.org/10.1177/0002764202250668>

Herriques, G., Beck, A., & Brown, G. (2003). Cognitive therapy for adolescent and young adult suicide attempters. *American Behavioral Scientist*, 46(9), 1258-1268. <http://doi.org/10.1177/0002764202250668>

Hinduja, S., & Patchin, J. W. J. W. (2010). Bullying, cyberbullying, and suicide. *Archives of Suicide Research*, 14(3), 206-221.

<http://doi.org/10.1080/13811118.2010.494133>

Hintikka, J., Koivumaa-Honkanen, H., Lehto, S. M., Tolmunen, T., Honkalampi, K., Haatainen, K., & Viinamäki, H. (2009). Are factors associated with suicidal ideation true risk factors? A 3-year prospective follow-up study in a general population. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 44(1), 29-33. <http://doi.org/10.1007/s00127-008-0401-6>

Hollis, C. (1996). Depression, family environment, and adolescent suicidal behavior. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 35(5), 622-630. <http://doi.org/10.1097/00004583-199605000-00017>

- Horwitz, A. G., Berona, J., Czyz, E. K., Yeguez, C. E., & King, C. A. (2016). Positive and Negative Expectations of Hopelessness as Longitudinal Predictors of Depression, Suicidal Ideation, and Suicidal Behavior in High-Risk Adolescents. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 47(April), 168-176. <http://doi.org/10.1111/sltb.12273>
- Ibrahim, N., Amit, N., & Suen, M. W. Y. (2014). Psychological factors as predictors of suicidal ideation among adolescents in Malaysia. *PLoS ONE*, 9(10), 7-12. <http://doi.org/10.1371/journal.pone.0110670>
- Inder, K. J., Handley, T. E., Johnston, A., Weaver, N., Coleman, C., Lewin, T. J., ... Kelly, B. J. (2014). Determinants of suicidal ideation and suicide attempts: parallel cross-sectional analyses examining geographical location. *BMC psychiatry*, 14(1), 208-228. <http://doi.org/10.1186/1471-244X-14-208>
- Injac, L., Jašovi, M., Vukovi, O., Pekovi, M., & Terzi, N. (2011). Gender differences in relation to suicides committed in the capital of Montenegro (Podgorica) in the period 2000-2006. *Psychiatria Danubina*, 23(1), 45-52.
- Joiner, T. E. (2005). *Why People Die by Suicide*. Cambridge: Harvard University Press.
- Joiner, T. E., Brown, J. S., & Wingate, L. R. (2005). The psychology and neurobiology of suicidal behavior. *Annual review of psychology*, 56, 287-314. <http://doi.org/10.1146/annurev.psych.56.091103.070320>
- Josselson, R., Greenberger, E., & McConochie, D. (1977). Phenomenological aspects of psychosocial maturity in adolescence.

Part II. Girls. *Journal of Youth and Adolescence*, 6(2), 145-167.

<http://doi.org/10.1007/BF02139081>

Kaltiala-Heino, R., Rimpelä, M., Marttunen, M., Rimpelä, A., & Rantanen, P.

(1999). Bullying, depression, and suicidal ideation in Finnish adolescents: school survey. *BMJ*, 319(7206), 348-51.

<http://doi.org/10.1136/bmj.319.7206.348>

Kerby, D. S. (2003). CART analysis with unit-weighted regression to predict

suicidal ideation from Big Five traits. *Personality and Individual Differences*, 35(2), 249-261. [http://doi.org/10.1016/S0191-](http://doi.org/10.1016/S0191-8869(02)00174-5)

[8869\(02\)00174-5](http://doi.org/10.1016/S0191-8869(02)00174-5)

Kessler, R., Borges, G., & Walters, E. (1999). Prevalence of and Risk

Factors for Lifetime Suicide Attempts in the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry*, 56, 617-626.

Kessler, R. C., Berglund, P., Borges, G., Nock, M., & Wang, P. S. (2005).

Trends in Suicide Ideation, Plans, Gestures, and Attempts in the United States, 1990-1992 to 2001-2003. *The journal of the American Medical Association*, 293(20), 1990-1992.

Khan, A., Hamdan, A. R., Ahmad, R., Mustafa, M. S., & Mahalle, S. (2016).

Problem-Solving Coping and Social Support as Mediators of Academic Stress and Suicidal Ideation Among Malaysian and Indian Adolescents. *Community Mental Health Journal*, 52(2), 245-250.

<http://doi.org/10.1007/s10597-015-9937-6>

Kiers, H. A. L., & Mechelen, I. Van. (2001). Three-way component analysis:

Principles and illustrative application. *Psychological Methods*, 6(1), 84-



110. <http://doi.org/10.1037/1082-989X.6.1.84>
- Kim, C. Y., & Yu, J. S. (2014). A Study on Factors Influencing Elders ' Suicidal Ideation : Focused on Comparison of Gender Differences. *Journal Korean Academy Community Health Nurs*, 25(1), 24-32.
- Klimstra, T. A., Luyckx, K., Goossens, L., Teppers, E., & De Fruyt, F. (2013). Associations of identity dimensions with big five personality domains and facets. *European Journal of Personality*, 27(3), 213-221. <http://doi.org/10.1002/per.1853>
- Kokkevi, A. E., Arapaki, A. A., Richardson, C., Florescu, S., Kuzman, M., & Stergar, E. (2007). Further investigation of psychological and environmental correlates of substance use in adolescence in six European countries. *Drug and Alcohol Dependence*, 88(2-3). <http://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2006.10.004>
- Kokkinos, C. M., & Voulgaridou, I. (2017). Relational and cyber aggression among adolescents: Personality and emotion regulation as moderators. *Computers in Human Behavior*, 68, 528-537. <http://doi.org/10.1016/j.chb.2016.11.046>
- Kolaitis, G. (2012). Mood disorders in childhood and adolescence: continuities and discontinuities to adulthood. *Psychiatriki* , 23, 94-100.
- Konick, L. C., & Gutierrez, P. M. (2005). Testing a model of suicide ideation in college students. *Suicide & life-threatening behavior*, 35(2), 181-192. <http://doi.org/10.1521/suli.35.2.181.62875>
- Kowalski, R. M., & Limber, S. P. (2013). Psychological, physical, and academic correlates of cyberbullying and traditional bullying. *Journal of*

*Adolescent Health*, 53(1), 13-20.

<http://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2012.09.018>

Kumar-Dogra, A., Basu, S., & Das, S. (2008). The roles of personality, stressful life events, meaning in life, reasons for living on suicidal ideation: A study in college students. *Journal of Projective Psychology & Mental Health*, 15(1), 52-57.

Kwok, S. Y. C. L. (2014). The moderating role of emotional competence in suicidal ideation among Chinese university students. *Journal of Advanced Nursing*, 70(4), 843-854. <http://doi.org/10.1111/jan.12246>

Labouliere, C. D., Kleinman, M., & Gould, M. S. (2015). When self-reliance is not safe: Associations between reduced help-seeking and subsequent mental health symptoms in suicidal adolescents. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 12(4), 3741-3755. <http://doi.org/10.3390/ijerph120403741>

Lai, K. W., & McBride-Chang, C. (2001). Suicidal ideation, parenting style, and family climate among Hong Kong adolescents. *International Journal of Psychology*, 36(2), 81-87.

<http://doi.org/10.1080/00207590042000065>

Lai Kwok, S. Y. C., & Shek, D. T. L. (2010). Personal and family correlates of suicidal ideation among Chinese adolescents in Hong Kong. *Social Indicators Research*, 95(3), 407-419. <http://doi.org/10.1007/s11205-009-9528-4>

Laszlo, A. M., Hulman, A., Csicsman, J., Bari, F., & Nyari, T. a. (2014). The use of regression methods for the investigation of trends in suicide

- rates in Hungary between 1963 and 2011. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*. <http://doi.org/10.1007/s00127-014-0926-9>
- Leenaars, A. A. (1987). An empirical investigation of Shneidman's formulations regarding suicide: age and sex. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 17(3), 233-250.
- Leenaars, A. A., & Chávez-Hernández, A.-M. (2010). Edwin S Shneidman and modern suicidology. *Salud mental*, 33(4), 355-360.
- Levy, J. C., & Deykin, E. Y. (1989). Suicidality, depression, and substance abuse in adolescence. *American Journal of Psychiatry*, 146(11), 1462-1467.
- Lewinsohn, P. M., Rohde, P., & Seeley, J. R. (1998). Major depressive disorder in older adolescents: prevalence, risk factors, and clinical implications. *Clinical psychology review*, 18(7), 765-94.
- Li, D., Li, X., Wang, Y., & Bao, Z. (2016). Parenting and Chinese Adolescent Suicidal Ideation and Suicide Attempts: The Mediating Role of Hopelessness. *Journal of Child and Family Studies*, 25(5), 1397-1407. <http://doi.org/10.1007/s10826-015-0334-0>
- Li, Q., Cross, D., & Smith, P. K. (Eds.). (2012). *Cyberbullying in the Global Playground*. Oxford, UK: Wiley-Blackwell.  
<http://doi.org/10.1002/9781119954484>
- Liang, H., Flisher, A. J., & Lombard, C. J. (2007). Bullying, violence, and risk behavior in South African school students. *Child abuse & neglect*, 31(2), 161-71. <http://doi.org/10.1016/j.chiabu.2006.08.007>
- Linehan, M. M. (1981). *Suicidal behaviors questionnaire (SBQ)*. Seattle:

University of Washington.

Linehan, M. M., Goodstein, J. L., Nielsen, S. L., & Chiles, J. A. (1983).

Reasons for staying alive when you are thinking of killing yourself: The Reasons for Living Inventory. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 51*(2), 276-286. <http://doi.org/10.1037/0022-006X.51.2.276>

Liotta, M., Mento, C., & Settineri, S. (2015). Seriousness and lethality of attempted suicide: A systematic review. *Aggression and Violent Behavior, 21*, 97-109. <http://doi.org/10.1016/j.avb.2014.12.013>

Liu, Y., Zhang, Y., Cho, Y. T., Obayashi, Y., Arai, A., & Tamashiro, H. (2013). Gender differences of suicide in Japan, 1947-2010. *Journal of affective disorders, 151*(1), 325-30. <http://doi.org/10.1016/j.jad.2013.05.100>

Lopez Bernal, J. a, Gasparri, A., Artundo, C. M., & McKee, M. (2013). The effect of the late 2000s financial crisis on suicides in Spain: an interrupted time-series analysis. *European journal of public health, 23*(5), 732-6. <http://doi.org/10.1093/eurpub/ckt083>

Lorenzo-Seva, U., & Ferrando, P. J. (2009). Acquiescent responding in partially balanced multidimensional scales. *The British journal of mathematical and statistical psychology, 62*(Pt 2), 319-326. <http://doi.org/10.1348/000711007X265164>

Lucas, R., Diener, E., & Suh, E. (1996). Discriminant Validity of Well-Being Measures. *Journal of Personality and Social Psychology, 71*(3), 616-628.

- Luna, F. (2012). *Bienestar subjetivo y satisfacción escolar en la adolescencia*. (Tesis doctoral). Universitat de Girona, España.
- Luna, T. C., Alfonso, T. C., Socarrás, N. C., & Arozarena, H. M. (2007). Suicide attempt in children and adolescents. *Revista del Hospital Psiquiatrico de la Habana*, 4(3), 15-28.
- Lynch, T. R., Johnson, C. S., Mendelson, T., Robins, C. J., Krishnan, K. R. R., & Blazer, D. G. (1999). Correlates of suicidal ideation among an elderly depressed sample. *Journal of affective disorders*, 56, 9-15.
- Mack, J. E. (1986). The conditions of collective suicide and the threat of nuclear war. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 50(5), 464-479.
- Madariaga, C., Gómez, A.-G., Iriondo, P., Savareses, V., Taylor, B., & Ríos, G. (2010). Prevalence of suicide in the region of tarapacá, years 1990-2008. *Revista Chilena de Neuro-Psiquiatria*, 48(3), 197-206.
- Magaz, A. M., Chorot, P., Santed, M. A., Valiente, R. M., & Sandín, B. (2016). Evaluación del bullying como victimización: Estructura, fiabilidad y validez del Cuestionario de Acoso entre Iguales (CAI). *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 21(2), 77-95.  
<http://doi.org/10.5944/rppc.vol.21.num.2.2016.16990>
- Malone, K. M., Quinlivan, L., McGuinness, S., McNicholas, F., & Kelleher, C. (2012). Suicide in children over two decades: 1993-2008. *Irish Medical Journal*, 105(7), 231-233.
- Marchori, H. (2007). *Estudios sobre victimización*. Buenos Aires: Editorial Brujas.
- Mars, B., Burrows, S., Hjelmeland, H., & Gunnell, D. (2014). Suicidal

behaviour across the African continent: a review of the literature. *BMC public health*, 14(1), 606. <http://doi.org/10.1186/1471-2458-14-606>

Martin, S. E., Liu, R. T., Mernick, L. R., DeMarco, M., Cheek, S. M., Spirito, A., & Boekamp, J. R. (2016). Suicidal thoughts and behaviors in psychiatrically referred young children. *Psychiatry Research*, 246(May), 308-313. <http://doi.org/10.1016/j.psychres.2016.09.038>

McBride Murry, V., Berkel, C., Gaylord-Harden, N. K., Copeland-Linder, N., & Nation, M. (2011). Neighborhood Poverty and Adolescent Development. *Journal of Research on Adolescence*, 21(1), 114-128. <http://doi.org/10.1111/j.1532-7795.2010.00718.x>

McCann, S. J. H. S. J. H. (2010). Suicide, big five personality factors, and depression at the American state level. *Archives of suicide research*, 14(4), 368-374. <http://doi.org/10.1080/13811118.2010.524070>

McGirr, A., Renaud, J., Bureau, A., Seguin, M., Lesage, A., & Turecki, G. (2008). Impulsive-aggressive behaviours and completed suicide across the life cycle: a predisposition for younger age of suicide. *Psychological medicine*, 38(3), 407-17. <http://doi.org/10.1017/S0033291707001419>

McGirr, A., Tousignant, M., Routhier, D., Pouliot, L., Chawky, N., Margolese, H. C., & Turecki, G. (2006). Risk factors for completed suicide in schizophrenia and other chronic psychotic disorders: a case-control study. *Schizophrenia research*, 84(1), 132-43. <http://doi.org/10.1016/j.schres.2006.02.025>

Mendes, R., Santos, S., Taveira, F., Dinis-Oliveira, R. J., Santos, A., & Magalhães, T. (2014). Child Suicide in the North of Portugal. *Journal of*

*Forensic Sciences*, 14, 1-5. <http://doi.org/10.1111/1556-4029.12685>

Menesini, E., Calussi, P., & Nocentini, A. (2012). Cyberbullying and Traditional Bullying. En *Cyberbullying in the Global Playground* (pp. 245-262). Oxford, UK: Wiley-Blackwell.  
<http://doi.org/10.1002/9781119954484.ch12>

Miller, A. B., Esposito-Smythers, C., & Leichtweis, R. N. (2015). Role of social support in adolescent suicidal ideation and suicide attempts. *Journal of Adolescent Health*, 56(3), 286-292.  
<http://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2014.10.265>

Miller, I. W., Norman, W. H., Bishop, S. B., & Dow, M. G. (1986). The Modified Scale for Suicidal Ideation: Reliability and validity. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54(5), 724-725.  
<http://doi.org/10.1037/0022-006X.54.5.724>

Miller, M., Azrael, D., & Barber, C. (2012). Suicide mortality in the United States: the importance of attending to method in understanding population-level disparities in the burden of suicide. *Annual review of public health*, 33, 393-408. <http://doi.org/10.1146/annurev-publhealth-031811-124636>

Mingote, J. C., Jiménez, M. Á., Osorio, R., & Palomo, T. (2004). *Suicidio: asistencia clínica. Guía práctica de psiquiatría médica*. Madrid: Ediciones Díaz de Santos.

Miotto, P., & Preti, A. (2008). Suicide ideation and social desirability among school-aged young people. *Journal of Adolescence*, 31(4), 519-533.  
<http://doi.org/10.1016/j.adolescence.2007.08.004>

## Desarrollo y validación del cuestionario SIQUE

- Miranda, R., Ortin, A., Scott, M., & Shaffer, D. (2014). Characteristics of suicidal ideation that predict the transition to future suicide attempts in adolescents. *Journal of child psychology and psychiatry, and allied disciplines*, 55(11), 1288-96. <http://doi.org/10.1111/jcpp.12245>
- Morales-Vives, F. (2014). La relevancia de la madurez psicológica en el ámbito psicopedagógico. *Padres y maestros*, 359, 30-33. <http://doi.org/http://dx.doi.org/pym.i359.y2014.007>
- Morales-Vives, F., Camps, E., & Lorenzo-Seva, U. (2012). Cuestionario de Madurez Psicológica, manual. Madrid: TEA Ediciones S.A.
- Morales-Vives, F., Camps, E., & Lorenzo-Seva, U. (2013). Development and Validation of the Psychological Maturity Assessment Scale (PSYMAS). *European Journal of Psychological Assessment*, 29(1), 12-18. <http://doi.org/10.1027/1015-5759/a000115>
- Morsunbul, U. (2014). The validity and reliability study of the Turkish version of Quick Big Five personality test. *Dusunen Adam*, 27(4), 316-322. <http://doi.org/10.5350/DAJPN2014270405>
- Morton, M., Alan, L., Nels, D., Carroll, O., Patrick, W., Thomas, E., ... Joiner, T. E. (2007). Rebuilding the Tower of Babel : A Revised Nomenclature for the Study of suicide and suicidal behaviors part 2: Suicide-related ideations, communications, and behaviors. *Suicide & life-threatening behavior*, 37(3), 264-277. <http://doi.org/10.1521/suli.2007.37.3.264>
- Mousavi, S. G., Keramatian, K., Maracy, M. R., & Fouladi, M. (2012). Suicidal ideation, depression, and aggression among students of three



- universities of Isfahan, Iran in 2008. *Iranian Journal of Psychiatry and Behavioral Sciences*, 6(1), 47-52.
- Muehlenkamp, J. J., Claes, L., Havertape, L., & Plener, P. L. (2012). International prevalence of adolescent non-suicidal self-injury and deliberate self-harm. *Child and adolescent psychiatry and mental health*, 6(1), 10. <http://doi.org/10.1186/1753-2000-6-10>
- Newton-Howes, G., Horwood, J., & Mulder, R. (2015). Personality characteristics in childhood and outcomes in adulthood: Findings from a 30 year longitudinal study. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 49(4), 377-386. <http://doi.org/10.1177/0004867415569796>
- Nielsen, D. A., Goldman, D., Virkkunen, M., Tokola, R., Rawlings, R., & Linnoila, M. (1994). Suicidality and 5-Hydroxyindoleacetic Acid Concentration Associated With a Tryptophan Hydroxylase Polymorphism. *Archives of General Psychiatry*, 51(1), 34. <http://doi.org/10.1001/archpsyc.1994.03950010034005>
- Nock, M. K., Borges, G., Bromet, E. J., Alonso, J., Angermeyer, M., Beautrais, A., ... Williams, D. (2008). Cross-national prevalence and risk factors for suicidal ideation, plans and attempts. *The British journal of psychiatry : the journal of mental science*, 192(2), 98-105. <http://doi.org/10.1192/bjp.bp.107.040113>
- Nock, M. K., Borges, G., Bromet, E. J., Cha, C. B., Kessler, R. C., & Lee, S. (2008). Suicide and suicidal behavior. *Epidemiologic reviews*, 30, 133-54. <http://doi.org/10.1093/epirev/mxn002>
- Nock, M. K., Green, J. G., Hwang, I., McLaughlin, K. A., Sampson, N. A.,

Zaslavsky, A. M., & 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), 300-10.

<http://doi.org/10.1001/2013.jamapsychiatry.55>

Nordentoft, M., Madsen, T., & Fedyszyn, I. (2015). Suicidal behavior and mortality in first-episode psychosis. *The Journal of nervous and mental disease*, 203(5), 387-92.

<http://doi.org/10.1097/NMD.0000000000000296>

Nugent, W. R., & Williams, M. (2001). The relationship between the comorbidity of depression with problems in psychosocial functioning and the severity of suicidal ideation. *Social Service Review*, 75(4), 580-603.

O'Carroll, P., Berman, A., Maris, R., Moscicki, E., Tanney, B., & Silverman, M. (1996). Beyond the tower of babel : A nomenclature for suicidology. *Suicide & Life - Threatening Behavior*, 26-3, 237-52.

OMS Organización mundial de la salud. (2000). Prevención del suicidio, un instrumento para médicos generalistas. Ginebra.

OMS Organización mundial de la salud y Organización panamericana de la salud. (2014). Prevención del suicidio un imperativo global. Washington.

Onishi, K. (2015). Risk Factors and Social Background Associated with Suicide in Japan: A Review. *Japan-hospitals : the journal of the Japan Hospital Association*, 34(3), 35-50.

- Oquendo, M. A., Baca-gar, E., & Morales, M. (2000). Spanish Adaptation of the Reasons for Living Inventory. *Hispanic Journal of Behavioral Sciences*, 22(3), 369-381.
- Orbach, I., Carlson, G., Feshbach, S., Glaubman, H., & Gross, Y. (1983). Attraction and repulsion by life and death in suicidal and in normal children. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 51(5), 661-670. <http://doi.org/10.1037//0022-006X.51.5.661>
- Orbach, I., Milstein, I., Har-Even, D., Apter, A., Tiano, S., & Elizur, A. (1991). A Multi-Attitude Suicide Tendency Scale for Adolescents. *Psychological Assessment*, 3(3), 398-404.
- Ortiz-Hernández, L., & Valencia-Valero, R. G. (2015). Disparities in mental health associated with sexual orientation among Mexican adolescents. *Cad. Saúde Pública*, 31(2), 417-430.
- Osman, A., Gutierrez, P. M., Kopper, B. A., Barrios, F. X., & Chiros, C. E. (1998). The positive and negative suicide ideation inventory: Development and validation. *Psychological Reports*, 82(3), 783-793.
- Owens, L., Slee, P., & Shute, R. (2000). «It Hurts a Hell of a Lot...» *School Psychology International*, 21(4), 359-376.  
<http://doi.org/10.1177/0143034300214002>
- Owens, M. J., & Nemeroff, C. B. (1994). Role of serotonin in the pathophysiology of depression: focus on the serotonin transporter. *Clinical chemistry*, 40(2), 288-95.
- Pandolfo, S., Vázquez, M., Más, M., Vomero, A., Aguilar, A., & Bello, O. (2011). Suicide attempt in under 15's: An experience in a Pediatric

Emergency Departament. *Archivos Argentinos de Pediatría*, 109(1),  
18-23.

Paneth, N., Susser, E., & Susser, M. (2002). Origins and early development  
of the case-control study: Part 2, The case-control study from Lane-  
Claypon to 1950. *Sozial- und Präventivmedizin*, 47(6), 359-65.

Papalia, D., & Feldman, R. . (2012). *Experience human development* (12  
edition). Virginia: McGraw-Hill Education.

Paris, J. (2002). Chronic Suicidality Among Patients With Borderline  
Personality Disorder. *Psychiatric services*, 53(6), 738-742.

Park, H. S., Koo, H. Y., & Schepp, K. G. (2005). Predictors of suicidal  
ideation for adolescents by gender. *Taehan Kanho Hakhoe Chi*, 35(8),  
1433-1442.

Pavot, W., Diener, E., Colvin, C. R., & Sandvik, E. (1991). Further  
Validation of the Satisfaction With Life Scale: Evidence for the Cross-  
Method Convergence of Well-Being Measures. *Journal of Personality  
Assessment*, 57(1), 149-161.

[http://doi.org/10.1207/s15327752jpa5701\\_17](http://doi.org/10.1207/s15327752jpa5701_17)

Pérez-Amezcuca, B., Rivera-Rivera, L., Atienzo, E. E., de Castro, F., Leyva-  
López, A., & Chávez-Ayala, R. (2010). Prevalencia y factores  
asociados a la ideación e intento suicida en adolescentes de  
educación media superior de la República mexicana. *Salud Publica  
Mex*, 52(4), 324-333. [http://doi.org/10.1590/S0036-  
36342010000400008](http://doi.org/10.1590/S0036-36342010000400008)

Pfeffer, C. R., Lipkins, R., Plutchik, R., & Mizruchi, M. (1988). Normal

- children at risk for suicidal behavior: a two-year follow-up study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 27(1), 34-41. <http://doi.org/10.1097/00004583-198801000-00006>
- Polaino, A., Domenech, E., García, A., & Ezpeleta, L. (1988). *Las depresiones infantiles*. Madrid: Morata, Ediciones.
- Pollock, L., & Williams, J. (2001). Effective Problem Solving in Suicide Attempters Depends on Specific Autobiographical Recall. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 31(4), 386-396.
- Pompili, M., Lester, D., Forte, A., Seretti, M. E., Erbutto, D., Lamis, D. A., ... Girardi, P. (2014). Bisexuality and suicide: a systematic review of the current literature. *The journal of sexual medicine*, 11(8), 1903-13. <http://doi.org/10.1111/jsm.12581>
- Pons, D., Atienza, F. ., Balaguer, I., & García-Merita, M. . (2000). Satisfaction with life scale: Analysis of factorial invariance for adolescents and elderly persons. *Perceptual and Motor Skills*, 91(1), 62-68.
- Prigerson, H. G., & Slimack, M. J. (1999). Gender differences in clinical correlates of suicidality among young adults, 187(1), 23-31. <http://doi.org/10.1097/00005053-199901000-00005>
- Pulido, F., Rivera, J. L., Marco, R., Montes, D., & Hernández, D. (1990). El suicidio y sus interpretaciones teóricas. *Psiquis*, 11(8), 374-380.
- Quidu, M. (1983). La prévention du suicide. *Soins. Psychiatrie*, (32-33), 31-34.
- Range, L., & Knott, E. (1997). Twenty suicide assessment instruments :

Evaluation and recommendations. *Death studies*, 21(0748-1187/97), 25-58.

Ranney, M. L., Patena, J. V., Nugent, N., Spirito, A., Boyer, E., Zatzick, D., & Cunningham, R. (2016). PTSD, cyberbullying and peer violence: Prevalence and correlates among adolescent emergency department patients, 39, 32-38. <http://doi.org/10.1016/j.genhosppsych.2015.12.002>

Reed, K. P., Nugent, W., & Cooper, R. L. (2015). Testing a path model of relationships between gender, age, and bullying victimization and violent behavior, substance abuse, depression, suicidal ideation, and suicide attempts in adolescents, 55, 128-137. <http://doi.org/10.1016/j.chilyouth.2015.05.016>

Reynolds, W. M. (1991). Psychometric characteristics of the Adult Suicidal Ideation Questionnaire in college students. *Journal of Personality Assessment*, 56(2), 289-307.

Reynolds, & Mazza. (1999). Assessment of suicidal ideation in inner-city children and young adolescents: Reliability and validity of the suicidal ideation questionnaire-JR. *School Psychology Review*, 28(1), 17-30.

Rocamora-Bonilla, A. (1984). La conducta suicida y el teléfono de la esperanza. *Revista de Psiquiatría y Psicología Médica de Europa y América Latina*, 16(0482-6019), 349-379.

Rocamora-Bonilla, A. (1992). *El hombre contra sí mismo: un modelo de intervención en la crisis suicida*. Madrid: Editorail ASETES.

Rodríguez, A. (2014). *La investigación policial y sus consecuencias jurídicas*. Madrid: Editorial Dykinson, S.L.

- Roggenbach, J., Müller-Oerlinghausen, B., & Franke, L. (2002). Suicidality, impulsivity and aggression - Is there a link to 5HIAA concentration in the cerebrospinal fluid? *Psychiatry Research*, 113(1-2), 193-206.
- Rosenberg, M. L., Davidson, L. E., Smith, J. C., Berman, A. L., Buzbee, H., Gantner, G., ... Jobes, D. (1988). Operational criteria for the determination of suicide. *Journal of Forensic Sciences*, 33(6), 1445-1456.
- Rueger, S. Y., Chen, P., Jenkins, L. N., & Choe, H. J. (2014). Effects of Perceived Support from Mothers, Fathers, and Teachers on Depressive Symptoms During the Transition to Middle School. *Journal of Youth and Adolescence*, 43(4), 655-670.  
<http://doi.org/10.1007/s10964-013-0039-x>
- Rush, A., & Beck, A. (1978). Cognitive therapy of depression and suicide. *American Journal of Psychotherapy*, 32(2), 201-219.
- Sampasa-Kanyinga, H., Roumeliotis, P., & Xu, H. (2014). Associations between cyberbullying and school bullying victimization and suicidal ideation, plans and attempts among Canadian schoolchildren. *PLoS ONE*, 9(7). <http://doi.org/10.1371/journal.pone.0102145>
- Sánchez-Morales, M. R. (2012). En los límites de la exclusión social . Inmigración y sinhogarismo en España. *Papers*, 97/4(829-847), 829-848.
- Sánchez, J., Villareal, M., Misutu, G., & Martínez, B. (2010). Ideación Suicida en Adolescentes: Un Análisis Psicosocial. *Intervención Psicosocial*, 19(3), 279-287. <http://doi.org/10.5093/in2010v19n3a8>

## Desarrollo y validación del cuestionario SIQUE

- Sandín, B., Chorot, P., Lostao, L., Joiner, T. E., Santed, M. A., & Valiente, R. M. (1999). Escalas PANAS de afecto positivo y negativo: Validación factorial y convergencia transcultural. *Psicothema*, *11*(1), 37-51.  
<http://doi.org/ISSN 0214-9915>
- Sandoval, A., Vyskocilova, J., Hruby, R., Prasko, J., Jelenova, D., Kamaradova, D., ... Vrbova, K. (2015). Childhood bullying experiences as a factor predisposing to mental problems in adulthood. *Activitas Nervosa Superior Rediviva*. Slovak Academy of Sciences.
- Sanz, M. J. M. (1994). *Psiquiatría del niño y del adolescente: método, fundamentos y síndromes*. Madrid: Ediciones Díaz de Santos.
- Schotte, D. E., & Clum, G. A. (1982). Suicide ideation in a college population: A test of a model. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *50*(5), 690-696. <http://doi.org/10.1037//0022-006X.50.5.690>
- Schrijvers, D. L., Bollen, J., & Sabbe, B. G. C. (2012). The gender paradox in suicidal behavior and its impact on the suicidal process. *Journal of affective disorders*, *138*(1-2), 19-26.  
<http://doi.org/10.1016/j.jad.2011.03.050>
- Schwartz, S. J. (2007). The Structure of Identity Consolidation: Multiple Correlated Constructs or One Superordinate Construct? *Identity*, *7*(1), 27-49. <http://doi.org/10.1080/15283480701319583>
- Schwartz, S. J., Zamboanga, B. L., Luyckx, K., Meca, A., & Ritchie, R. A. (2013). Identity in Emerging Adulthood. *Emerging Adulthood*, *1*(2), 96-113. <http://doi.org/10.1177/2167696813479781>



- Segal, D. L., Marty, M. A., Meyer, W. J., & Coolidge, F. L. (2012). Personality, suicidal ideation, and reasons for living among older adults. *Journals of Gerontology - Series B Psychological Sciences and Social Sciences*, 67 B(2), 159-166.  
<http://doi.org/10.1093/geronb/gbr080>
- Seligman, M. E. P. (1992). *Helplessness: On Depression, Development, and Death*. Washington, D.C: W. H. Freeman.
- Shilubane, H. N., Ruiter, R. a C., Bos, A. E. R., van den Borne, B., James, S., & Reddy, P. S. (2014). Psychosocial correlates of suicidal ideation in rural South African adolescents. *Child psychiatry and human development*, 45(2), 153-62. <http://doi.org/10.1007/s10578-013-0387-5>
- Shneidman, E. S. (1988). Some reflections of a founder. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 18(1), 1-12.
- Shneidman, E. S. (1998). *The suicidal mind*. Oxford: Oxford University Press.
- Silverman, M. M., Berman, A. L., Sanddal, N. D., Carroll, P. W. O., & Joiner, T. E. (2007). Rebuilding the Tower of Babel : a Revised Nomenclature for the Study of Suicide and Suicidal Behaviors Part 1 : Background , Rationale , and Methodology. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 37(3), 248-263.
- Singh, R., & Joshi, H. L. (2008). Suicidal ideation in relation to depression, life stress and personality among college students. *Journal of the Indian Academy of Applied Psychology*, 34(2), 259-265.
- Sokol, Y., & Eisenheim, E. (2016). The Relationship Between Continuous

Identity Disturbances, Negative Mood, and Suicidal Ideation. *Primary Care Companion to the Journal of Clinical Psychiatry*, 18(1), 26-31.

<http://doi.org/10.4088/PCC.15m01824>

Soltaninejad, A., Fathi-Ashtiani, A., Ahmadi, K., Sadat Mirsharafoddini, H., Nikmorad, A., & Pilevarzadeh, M. (2014). Personality factors underlying suicidal behavior among military youth. *Iran Red Crescent Medical journal*, 16(4), 1-6. <http://doi.org/10.5812/ircmj.12686>

Soria, M., & Hernandez, J. (1994). *El agresor sexual y la víctima*. Barcelona: Editorial Boixareu Universitaria Marcombo.

Stack, S. (2004). Emile Durkheim and altruistic suicide. *Archives of suicide research : official journal of the International Academy for Suicide Research*, 8(1), 9-22. <http://doi.org/10.1080/13811110490243741>

Statham, D. J., Heath, A. C., Madden, P. A. F., Bucholz, K. K., Bierut, L., Dinwiddie, D. H., ... Martin, N. G. (1998). Suicidal behaviour: an epidemiological and genetic study. *Psychological Medicine*, 28(4), 839-855. <http://doi.org/10.1017/S0033291798006916>

Steinberg, L., & Morris, A. S. (2001). Adolescent development. *Journal of Cognitive Education and Psychology*, 2(1), 55-87.

Stengel, E. (1967). *Psicología del suicidio y los intentos suicidas* (7.<sup>a</sup> ed.). Madrid: Centro de Investigaciones Sociológicas.

Stock, W. A., Okun, M. A., & Benin, M. (1986). Structure of subjective well-being among the elderly. *Psychology and aging*, 1(2), 91-102.

Swahn, M. H., Palmier, J. B., Kasirye, R., & Yao, H. (2012). Correlates of Suicide Ideation and Attempt among Youth Living in the Slums of

- Kampala. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 30, 596-609. <http://doi.org/10.3390/ijerph9020596>
- Taktak, Ş., Uzun, İ., & Balcioglu, İ. (2013). Gender differences in completed suicides in Istanbul, Turkey. *Journal of affective disorders*, 145(3), 394-9. <http://doi.org/10.1016/j.jad.2012.05.055>
- Tyssen, R., Vaglum, P., Grønvold, N. ., & Ekeberg, Ø. (2001). Suicidal ideation among medical students and young physicians. *Physiological Review*, 11(1), 10-16.
- Useda, J. D., Duberstein, P. R., Conner, K. R., Beckman, A., Franus, N., Tu, X., & Conwell, Y. (2007). Personality differences in attempted suicide versus suicide in adults 50 years of age or older. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 75(1), 126-133.
- Valois, R. F., Zullig, K. J., Huebner, E. S., & Drane, J. W. (2004). Life Satisfaction and Suicide among High School Adolescents. *Social Indicators Research*, 66(1/2), 81-105.
- Valois, R. F., Zulling, K. J., Huebner, E. S., Drane, J. W., Zullig, K. J., Huebner, E. S., ... Drane, J. W. (2004). Life Satisfaction and Suicide among High School Adolescents. *Social Indicators Research*, 66(1/2), 81-105. [http://doi.org/10.1007/978-1-4020-2312-5\\_5](http://doi.org/10.1007/978-1-4020-2312-5_5)
- Van Geel, M., Vedder, P., & Tanilon, J. (2014). Relationship between peer victimization, cyberbullying, and suicide in children and adolescents: a meta-analysis. *JAMA pediatrics*, 168(5), 435-42. <http://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2013.4143>
- Van Mechelen, I., & Kiers, H. a L. (1999). Individual differences in anxiety

responses to stressful situations: A three-mode component analysis model. *European Journal of Personality*, 13(5), 409-428.

[http://doi.org/10.1002/\(SICI\)1099-0984\(199909/10\)13:5<409::AID-PER360>3.3.CO;2-9](http://doi.org/10.1002/(SICI)1099-0984(199909/10)13:5<409::AID-PER360>3.3.CO;2-9)

Vásquez-Rojas, R., & Quijano-Serrano, M. (2013). When a suicide attempt is kid's stuff. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 43(SUPPL. 1), 36-46.

<http://doi.org/10.1016/j.rcp.2013.11.004>

Velting, D. M. (1999). Suicidal ideation and the five-factor model of personality. *Science*, 27, 943-952.

Vigil-Colet, A., Morales-Vives, F., Camps, E., Tous, J., & Lorenzo-Seva, U.

(2013). Development and validation of the Overall Personality Assessment Scale (OPERAS). *Psicothema*, 25(1), 100-106.

<http://doi.org/10.7334/psicothema2011.411>

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.

Villardón, L. (1993). *El pensamiento de suicidio en la adolescencia*. Bilbao: Universidad de Deusto.

Viñas, F., Ballabriga, M. C., & Domènech, E. (2000). Evaluación de la severidad de la ideación suicida autoinformada en escolares de 8 a 12

años. *Psicothema*, 12(4), 594-598.

Voracek, M. (2013). Regional analysis of big five personality factors and suicide rates in Russia. *Psychological Reports*, 113(1), 1043-1047.

<http://doi.org/10.2466/09.12.PR0.113x13z4>

- Vygotskiĭ, L. S., Hanfmann, E., & Vakar, G. (1962). *Thought and Language*.  
New York: Press, Mit.
- Weaver, B. (2015). *Suicidal ideation: Predictors, prevalence and prevention*. New York: Nova Science Publishers, Inc.
- Wei, K. C., & Chua, H. C. (2008). Suicide in Asia. *International Review of Psychiatry, 20*(5), 434-440. <http://doi.org/10.1080/09540260802397446>
- Wenzel, A., Brown, G. K., & Beck, A. T. (2009). *Cognitive therapy of depression and suicide*. Massachusetts: American Psychological Association.
- Wichstrom, L. (2000). Predictors of Adolescent Suicide Attempts: A Nationally Representative Longitudinal Study of Norwegian Adolescents. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 39*(5), 603-610. <http://doi.org/10.1097/00004583-200005000-00014>
- Wilcox, H. C., Conner, K. R., & Caine, E. D. (2004). Association of alcohol and drug use disorders and completed suicide: an empirical review of cohort studies. *Drug and alcohol dependence, 76 Suppl*, S11-9. <http://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2004.08.003>
- Williams, J. M., & Broadbent, K. (1986). Autobiographical memory in suicide attempters. *Journal of Abnormal Psychology, 95*(2), 144-149. <http://doi.org/10.1037/0021-843X.95.2.144>
- Williams, J. M. G., Barnhofer, T., Crane, C., & Duggan, D. S. (2006). *The Role of Overgeneral Memory in Suicidality*. Washington: American Psychological Association.

## Desarrollo y validación del cuestionario SIQUE

Williams, J. M. G., Ellis, N. C., Tyers, C., Healy, H., Rose, G., & Macleod, A. K. (1996). The specificity of autobiographical memory and imageability of the future. *Memory & Cognition*, *24*(1), 116-125.

<http://doi.org/10.3758/BF03197278>

Winters, N. C., Myers, K., & Proud, L. (2002). Ten-year review of rating scales. III: scales assessing suicidality, cognitive style, and self-esteem. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, *41*(10), 1150-1181. <http://doi.org/10.1097/00004583-200210000-00006>

Woolfolk, A. (2006). *Psicología educativa* (9.<sup>a</sup> ed.). Ohio: Pearson Educación.

Workman, C. G., & Prior, M. (1997). Depression and suicide in young children. *Issues in Comprehensive Pediatric Nursing*, *20*(2), 125-132.

Wu, K. C.-C., Chen, Y.-Y., & Yip, P. S. F. (2012). Suicide in Asia: opportunities and challenges. *International journal of environmental research and public health*, *9*(4). <http://doi.org/10.3390/ijerph9041135>

Young, S. K., Koh, Y.-J., & Leventhal, B. (2005). School bullying and suicidal risk in Korean middle school students. *Pediatrics*, *115*(2). <http://doi.org/10.1542/peds.2004-0902>

Yur'yev, A., Värnik, A., Värnik, P., Sisask, M., & Leppik, L. (2012). Role of social welfare in European suicide prevention. *International Journal of Social Welfare*, *21*(1), 26-33. <http://doi.org/10.1111/j.1468-2397.2010.00777.x>

Zhang, J., Zhao, S., Lester, D., & Zhou, C. (2014). Life satisfaction and its

correlates among college students in China: A test of social reference theory. *Asian Journal of Psychiatry*, 10.

<http://doi.org/10.1016/j.ajp.2013.06.014>

Zhong, B., Chiu, H. F. K., & Conwell, Y. (2016). Rates and characteristics of elderly suicide in China , 2013 -2014. *Journal of Affective Disorders*, 206, 273-279. <http://doi.org/10.1016/j.jad.2016.09.003>

Zung, W. W. K. (1986). Zung Self-Rating Depression Scale and Depression Status Inventory. En *Assessment of Depression* (pp. 221-231).

Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg. [http://doi.org/10.1007/978-3-642-70486-4\\_21](http://doi.org/10.1007/978-3-642-70486-4_21)

Zych, I., Ortega-Ruiz, R., & Del Rey, R. (2015). Systematic review of theoretical studies on bullying and cyberbullying: Facts, knowledge, prevention, and intervention. *Aggression and Violent Behavior*, 23, 1-21. <http://doi.org/10.1016/j.avb.2015.10.001>

# ANEXOS



UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI  
DESARROLLO Y VALIDACIÓN DEL CUESTIONARIO SIQUE: EVALUACIÓN DE LA IDEACIÓN SUICIDAS EN LA ADOLESCENCIA  
DESDE UNA APROXIMACIÓN SITUACIONAL  
Jorge Manuel Dueñas Rada