

Investigación empírica y análisis teórico

Análisis Confirmatorio de la Escala de Orientación Suicida ISO-30 en una muestra de adolescentes de Coahuila, México**Confirmatory analysis of the suicide orientation scale ISO-30 in a sample of adolescents in Coahuila, Mexico**Valdés-García, Karla Patricia^{1,*} y González-Tovar, José¹**Resumen:**

El objetivo de esta investigación fue validar mediante el análisis factorial confirmatorio el Inventario de Orientación Suicida (ISO-30) en una muestra de adolescentes mexicanos. Se utilizó una metodología cuantitativa, con enfoque instrumental. Se trabajó con una muestra de 420 estudiantes de nivel secundaria, originarios de la ciudad de Saltillo, Coahuila, México. El método de muestreo utilizado fue incidental. El 49.5% de la muestra (n=208) correspondió a hombres y el 50.5% (n=212) fueron mujeres. El 40.0% de los estudiantes están ubicado en el primer grado, 30.3% son de segundo grado y 28.8% corresponden a tercer grado. Se aplicó el Inventario de Orientación Suicida ISO-30, compuesto de 30 reactivos redactados en forma de juicio con un formato de respuesta Likert. Se concluye que existen semejanzas importantes en los resultados encontrados entre la estandarización argentina de la Escala ISO-30 y la presentada por la investigación con población mexicana, pero son las pequeñas y sutiles diferencias lo que garantizan la validez y confiabilidad de los instrumentos y la posibilidad de hacer predicciones y análisis adecuados a la población estudiada.

Palabras Clave: *ideación suicida, adolescentes, análisis factorial, medición, validez.*

Abstract:

The objective of this research was to validate through confirmatory factorial analysis the suicidal orientation inventory (ISO-30) in a sample of Mexican adolescents. A quantitative methodology was used, with an instrumental approach. We worked with a sample of 403 students of secondary level, in the city of Saltillo, Coahuila, Mexico. The sampling method used was incidental. 49.5% of the sample (n = 208) corresponded to men and 50.5% (n = 212) were women. 40.0% of the students are in the first grade, 30.3% are second grade and 28.8% correspond to third grade. The ISO-30 suicidal orientation inventory was applied, composed of 30 reactants written in the form of a trial with a Likert response format. It is concluded that there are important similarities in the results found between the Argentine standardization of the scale ISO-30 and the one presented by the research with Mexican population, but they are the small and subtle differences that guarantee the validity and Reliability of the instruments and the possibility of making adequate predictions and analyses to the studied population.

Keywords: *suicide ideation, adolescent, factor analysis, assessment, validity.*

¹Universidad Autónoma de Coahuila, México.

*Correspondencia: karlavaldes@uadec.edu.mx

El suicidio es una problemática mundial, a temporal y dinámica que genera retos muy particulares para su estudio, análisis e intervención. Las investigaciones que tienen como objetivo el encontrar una comprensión del suicidio se enfrentan a una tarea nada sencilla, y si aunado esto se realiza con sujetos que se encuentran en la etapa de la adolescencia en dónde se considera que existe un aumento en las presiones y responsabilidades se torna una tarea aún más complicada por las características propias de la edad (Patton, 2014; Álvarez, Camilo, Román, Sánchez y Fajardo, 2017) sólo un ejemplo de esto lo podemos encontrar en los reportes de casos sobre suicidios espontáneos, es decir sin ideación o planeación previa, que se observan más frecuentemente entre esta población (Reed, Nugent & Cooper, 2015).

Diversos estudios epidemiológicos han revisado y reportado el comportamiento de las tasas de suicidio, encontrando un incremento aparentemente constante y alarmante (Morales, Chávez, Ramírez, Sevilla y Yock, 1999; Borges, Orozco, Benjet y Medina, 2010; Hernández, y Flores, 2011; Sánchez et al., 2014; Yu, & Chen, 2019). La preocupación no sólo radica en el acrecentamiento de las cifras de muerte por suicidio, sino también en el aumento en el rango de edad de quienes lo cometen, sobre todo en los casos de niños menores de 12 años que refieren ideación suicida o incluso llegan a cometer suicidios, situación que se observa cada vez de manera más frecuente (Winsper, Lereya, Zanarini, & Wolke, 2012; Vásquez, y Quijano, 2013; Yu, & Chen, 2019; Hansung, Yushin, & Sangmi, 2019; Carbone, Holzer, & Vaughn, 2019; Siu, 2019).

La explicación del acto suicida ha variado a lo largo de la historia y ha pasado por el tratamiento de diferentes áreas del conocimiento. Actualmente la postura más aceptada

y estudiada es la psicopatológica, pues se ha considerado que es la presencia de trastornos de esta índole los que llevan a una persona a tomar la decisión de quitarse la vida, volviéndose así una problemática básicamente psiquiátrica o de salud mental (Baader, Urrea, Millán, y Yáñez, 2011). Principalmente se ha relacionado con trastornos del estado de ánimo, y específicamente con la depresión (Bauman, Toomey, & Walker, 2013; Arenosa, Quismondo, Calero, y Jurdado, 2015; Alba, Castellanos, y Sánchez, 2015; Alsalman, & Alansari, 2016) incluso se ha propuesto que “el suicidio es la complicación más grave de la depresión” (Gómez et al., 2013 p. 3). Pero a pesar de la relación directa que se ha encontrado con la depresión, también se ha visto asociado, a otros trastornos, incluso a cuadros combinados, es decir en la presencia de trastornos comórbidos.

Específicamente en la adolescencia además de la depresión también se ha asociado con la presencia de trastornos relacionados con sustancias y trastornos adictivos, demostrando ser un indicador útil para detectar el riesgo suicida (Delfabbro, Winefield, & Winefield, 2013). Además de la relación con trastornos de la alimentación como la anorexia y la bulimia (Martínez, Vianchá, Pérez y Avendaño, 2017) y con trastornos de la conducta (Álvarez, Camilo, Román, Sánchez, y Fajardo, 2017).

Aunado a las psicopatologías específicas existen conductas y situaciones que no son diagnosticadas como un trastorno en sí, pero que se ha encontrado en diversas investigaciones que son razones por las cuales las personas se deciden quitar la vida. Quizá una de las variables más correlacionadas con el suicidio es la desesperanza, a lo largo del tiempo y estudios en poblaciones diversas lo han demostrado (Britton et al., 2008; O'Connor, Fraser, Whyte, MacHale, & Masterton,

2008; Gómez, 2012; Fanaj, Melonashi, & Shkëmbi, 2015; Gooding et al., 2015; Alsalman, & Alansari, 2016; Gulec, Sahin, & Aldemir, 2017; Boffa, King, Turecki, & Schmidt, 2018).

La violencia en general se considera otro factor estrechamente relacionado con el suicidio, en la adolescencia el ser víctima de acoso escolar es un factor de vulnerabilidad importante para la ideación e intentos suicidas (Dedic, & Brown, 2012; Song, Song, Yook, Lee, & Hong, 2012; Uchida, Uchida, Takahashi, & Schwab, 2012; Bauman, Toomey, & Walker, 2013; Peiper, Clark, Birkby, & Ulrich, 2013; Hertz, Donato, & Wright, 2013; Alavi, Reshetukha, & Prost, 2015; Pappas, & Axe, 2015). Y las implicaciones del acoso escolar van más allá de ser la víctima de estos actos, pues también se ha encontrado correlación entre el hecho de ser observador de este y el riesgo suicida (Rivers, & Noret, 2013).

Entre otros factores de los que se ha estudiado su relación con el suicidio encontramos traumas vividos en la infancia (Alavi, Reshetukha, & Prost, 2015); rupturas en relaciones de pareja (Karch, Logan, McDaniel, Floyd, & Vagi, 2013; Aragón, y Cruz, 2014), el ser homosexual o bisexual y ser víctima de agresiones o actos homofóbicos por tener dicha orientación (Pugnière, Raynaud, Bourdet, & Zaouche, 2012; Hatzembuehler, & Keyes, 2013; Davis, Royne, & Pullig, 2014); presentar factores de homofobia internalizada (Pineda, 2013); rasgos de impulsividad (Wang, Jiang, Cheung, Sun, & Chan, 2015); tener una enfermedad, sobre todo aquellas que son crónicas, degenerativas o con un pronóstico desfavorable como el SIDA, cáncer o las que afectan el sistema nervioso central (Gómez, 2012; Spangenberg et al., 2016) además no sólo quien padece una enfermedad

tiene riesgos en relación al suicidio pues también se ha encontrado que el ser cuidador de un familiar es otro factor de vulnerabilidad asociado al suicidio (Alba, Castellanos, y Sánchez, 2015).

Las características y demandas de la vida actual son muchas, y en general el fenómeno del suicidio no está ligado a la presencia de una sola variable, un ejemplo de esto lo podemos ver desde el concepto de discapacidad propuesto por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en una investigación realizada por Alzate y Martínez, (2013) en un municipio de Colombia, encontraron que más del 90% de las personas de su muestra reportaron discapacidad leve, moderada o severa, asociada a variables como edad, ocupación, enfermedades, entre otras y que la presencia de discapacidad a su vez se asocia a la posibilidad de un intento suicida.

Justamente esta multifactorialidad es uno de los aspectos más complicados cuando se busca prevenir el suicidio pues las variables antes mencionadas y otras más se interrelacionan y combinan potencializando las dificultades que vive el sujeto y complicando la evaluación e intervención. Esto se puede observar en investigaciones como la de Eslami, Kovacs, Moons, Abbasi, & Jackson, (2017) en donde encontraron correlaciones en personas que padecen cardiopatía congénita con desesperanza y depresión; el estudio de caso presentado por Iglesias et al. (2007) reporta un estudio de caso donde se analiza la combinación de diversos factores de vulnerabilidad que llevan a una adolescente a intentar quitarse la vida; las correlaciones encontradas entre la depresión, desesperanza y suicidio por O'Donoghue et al. (2014) o lo reportado por Reed, Nugent, & Cooper, (2015) sobre la correlación entre los efectos del bullying y cyberbullying en los pensamientos, planes e in-

tentos suicidas de jóvenes, en donde además se encontró evidencia de otros factores como el comportamiento violento, abuso de sustancias y la depresión.

Así mismo la prevención del suicidio toma mayor relevancia cuando se analizan las consecuencias que este acto deja en los familiares y personas significativas de quien lo comete, pues las alteraciones en la estructura y organización familiar genera secuelas importantes de atender (García, 2013), siendo uno de los más importantes efectos en personas cercanas a quien se quitó la vida, el riesgo de replicar el acto y se llegue a cometer otro suicidio (Gómez, 2012).

Cuando se aborda el área de intervención se han encontrado aspectos y retos específicos, según Echeburúa, (2015) en relación al suicidio se ha observado que se ofrece atención psicoterapéutica en principalmente tres situaciones específicas, primeramente porque una persona ha sobrevivido a un intento de suicidio y recibe atención generalmente realizada en el área de emergencia de los hospitales (Alavi, Reshetukha, & Prost, 2015); en segundo lugar se brinda atención cuando se reporta a una persona que manifiesta ideación suicida; y finalmente se ha reportado algunos casos prácticamente fortuitos en los que se atiende a las personas que han tenido ideación suicida pero que aún no lo habían expresado antes de recibir la atención psicológica. En este sentido el reto más importante en la actualidad se genera en la multitud de personas que no buscan a los profesionales de la salud mental y para atender esta problemática se requiere detectar la ideación suicida y ofrecer atención especializada a la población.

Una de las tareas fundamentales de los investigadores ha sido el evaluar y medir las diversas variables psicológicas a través de

diversos instrumentos especializados. En la psicología la medición válida y confiable es fundamental para el establecimiento de un diagnóstico preciso y a partir de este la implementación de intervenciones eficientes.

Entre los instrumentos utilizados para el estudio del suicidio encontramos los de corte cualitativo como lo son las entrevistas, que es considerada como la prueba diagnóstica más útil (Chiclana, y Giner, 2011; Rendón, y Rodríguez, 2016). Esta puede ser desarrollada con diferentes grados de estructura que permiten conocer las características, pensamientos y en general las historias de vida de las personas que presentan ideación suicida, intentos suicidas o de las familias de personas que se quitaron la vida. Entre los estudios que utilizan este instrumento podemos mencionar el trabajo de García, et al. (2012) en donde evaluaron el acuerdo entre examinadores al aplicar el Protocolo Breve de Evaluación del Suicidio para demostrar la efectividad del mismo; o el realizado por Builes, Ramírez, Arango, y Anderson (2014) en donde entrevistaron a familiares de dos mujeres que se habían quitado la vida con el objetivo de reconocer el sentido atribuido por las familias a la muerte por suicidio.

Sin embargo, el uso de entrevistas trae costos en tiempo y recursos. El desarrollo de instrumentos confiables, válidos, estandarizados y lo suficientemente robustos en cuanto a su capacidad de identificar con anticipación la ideación suicida y la sintomatología asociada al suicidio es una alternativa para el desarrollo de programas preventivos eficientes (Alsalman, & Alansari, 2016).

Dentro de los instrumentos más utilizados en la investigación sobre suicidio encontramos las Escalas de Depresión, Ideación Suicida y el Inventario de Ansiedad todas

ellas desarrolladas por Beck y sus colaboradores (Beck, Guth, Steer, & Ball, 1997; Beck, Kovacs, & Weissman, 1979; Beck, Weissman, Lester & Trexler, 1974; Beck, Epstein, Brown & Steer, 1988); la Escala para Medir la Orientación Suicida (King, & Kowalchuk, 1994) y la Escala para Medir Inflexibilidad Cognitiva específicamente perseverancia en pensamientos con características de rumiación y desesperanzadores (Miranda, Valderrama, Tsypes, Gadol, & Gallagher, 2013).

Uno de los instrumentos utilizados mundialmente como la Escala de Desesperanza de Beck (Beck, Weissman, Lester & Trexler, 1974) ha sido analizado para demostrar su validación y ajuste en poblaciones de países como Reino Unido (Hanna et al., 2011); Colombia (Rueda et al., 2018); y Argentina (Mikulic, Cassullo, Crespi, & Marconi, 2009).

En Argentina, Fernández y Casullo (2006) validaron y realizaron la revisión psicométrica del instrumento en adolescentes escolarizados, estandarizado para jóvenes de entre 13 y 20 años. En México también se cuenta con el Inventario de Riesgo Suicida propuesto por Hernández y Gómez (2006), y el Cuestionario de Sucesos de Vida (Gómez y Durán, 2003). Otras áreas de desarrollo en cuanto a instrumentos de medición se han enfocado en la evaluación e identificación de factores protectores, como la resiliencia (Arenas, Gómez, y Forns, 2012); la calidad de vida (Casanovas et al., 2016) o la esperanza a través de la Escala de Herth (Martínez, Casaretto, y Herth, 2012), sin embargo, hay que considerar un aumento importante en la adaptación de instrumentos de medición, más allá del aspecto lingüístico, para atender la exigencia de la conjunción de consideraciones, sensibilidad cultural, conceptual y métrica desde perspectivas empíricas, debido al inten-

so intercambio cultural entre las sociedades (Muñiz, Elosua y Hambleton, 2013).

Dicho lo anterior, el objetivo de esta investigación fue realizar el análisis factorial confirmatorio de la Escala de Orientación Suicida ISO-30 y dar validez de constructo a los indicadores propuestos, de forma que esta herramienta pueda ser de utilidad cotidiana para la valoración en los ámbitos educativo, social, jurídico y clínico debido a que es un instrumento valioso en comparación con los anteriormente mencionados, ya que abarca la sintomatología más frecuente, se divide en áreas que se reportan afectadas en los casos de suicidio, además de resultar una alternativa rápida y efectiva para la medición de la orientación suicida.

Método

Diseño de investigación

Se utilizó un enfoque cuantitativo, el tipo de estudio es de corte instrumental, tiene el objetivo de adaptar y validar las propiedades métricas de una escala de orientación suicida (Montero y León, 2002).

Participantes

Se utilizó una muestra de 420 casos, todos estudiantes de nivel secundaria, originarios de la ciudad de Saltillo, Coahuila, México. El método de muestreo utilizado fue incidental. El 49.5% de la muestra (n=208) corresponde a hombres y el 50.5% (n=212) a mujeres, la proporción por sexo es equivalente ($X^2=.294$, $p=.587$). El 40.0% de los estudiantes está ubicado en el primer grado, 30.3% son de segundo grado y 28.8% corresponden a tercer grado.

Instrumentos

Se aplicó el Inventario de Orientación Suicida ISO-30 (King, & Kowalchuk, 1994; Osman et

al., 2005). La versión en español validada por Liporace y Casullo (2006) consta de 30 reactivos formulados como juicios que se responden según una escala Likert con cuatro opciones de respuesta que van de 0=Totalmente en desacuerdo hasta 3=Totalmente de acuerdo. Los reactivos están organizados en cinco dimensiones, cada una compuesta por seis reactivos: Baja autoestima, Incapacidad para afrontar emociones, Desesperanza, Soledad y abatimiento e Ideación suicida. En la versión original de la escala se estimó un coeficiente alfa de .90 (King, & Kowalchuk, 1994) en la versión en español se reportó una consistencia interna de .87, mediante la aplicación de la prueba cuatro días posteriores a la primera aplicación para determinar la estabilidad temporal con un resultado de .80; además, en la validación de la versión en castellano se aplicó la validación concurrente con la aplicación de la Escala de Desesperanza de Beck (1976); $r = .64$ (p.01) y el Cuestionario de Ideación suicida de Reynolds (1988); $r = .78$ (p.01).

Procedimiento de análisis de datos

La aplicación de la escala de ISO se realizó en una institución de educación pública de la ciudad de Saltillo, Coahuila, México, participaron 13 grupos naturales, conformados por 420 estudiantes, de los tres grados de secundaria. Estos fueron seleccionados por los directivos de la institución por conveniencia y accesibilidad a los mismos en el momento de la aplicación. El equipo de investigación conformado por docentes, alumnos de licenciatura y del posgrado hicieron las aplicaciones dentro de los grupos y secciones conformados dentro de las escuelas. Se explicó a los estudiantes el objetivo de la aplicación y se solicitó su participación voluntaria y bajo consentimiento informado, se les entregó los instrumentos y se les dieron las indicaciones para

responderla, se resolvieron dudas en los casos que así lo solicitaron y se procedió a la aplicación que duró entre 15 a 20 minutos por participante dependiendo de sus habilidades de lectura. Posterior al análisis y procesamiento de los resultados se entregaron los resultados grupales a los directivos para los usos y fines más convenientes a la institución y sus estudiantes. Así mismo se dejó información de servicios de atención psicológica para aquellos alumnos que desearan acceder a ellos.

Análisis de datos

Los datos se exploraron con estadísticos descriptivos, medidas de tendencia central, de dispersión y medidas de distribución, esto para determinar la discrepancia en la forma de distribución de los datos con la distribución normal. Las variables que presentaron coeficientes de Asimetría de Pearson y/o coeficientes de Curtosis de Fisher superiores a dos puntos no se consideraron para posteriores procedimientos (Bandalos, & Finney, 2010; Lloret, Ferreres, Hernández, y Tomás, 2014), ya que valores elevados sugieren una amplia desviación de la normalidad multivariada (Domínguez, 2017).

El Análisis Factorial Confirmatorio (AFC) se procesó con el método de Mínimos Cuadrados Generalizados (GLS), esto para poder obtener los índices de bondad de ajuste general (GFI) y corregido de Jöreskog (AGFI), el error cuadrático medio de aproximación (RMSEA) y la raíz del residuo estandarizado (RMR).

Los procedimientos de análisis de datos fueron calculados con el software estadístico SPSS 25, AMOS 25 y EXCEL para comprobar el Modelo hipotético de la escala original que se presenta a continuación en la Figura 1.

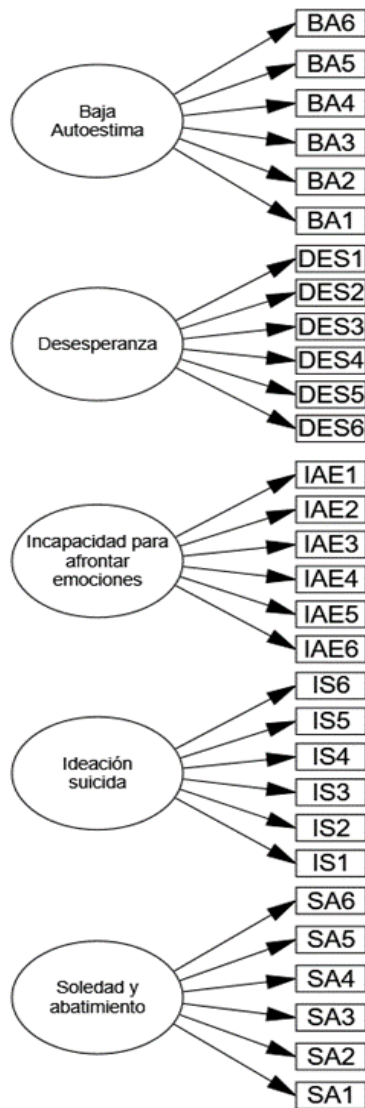


Figura 1. Modelo hipotético de la escala original (King, & Kowalchuk, 1994; Osman et al., 2005) y validada en español por Liporace y Casullo (2006).

Resultados

El análisis descriptivo de los datos permitió identificar el comportamiento de las variables. En la dimensión de Baja Autoestima, compuesta por seis indicadores, la mayoría de las variables presentó un valor de la media inferior a uno, situación similar en los valores de la desviación estándar. La forma de la distribución de las variables de autoestima fue tendiente a la mesocurtosis con baja asimetría, con excepción de la variable Baja Autoestima en el reactivo 4 (BA4). Esta variable se eliminó del tratamiento estadístico multivariado. El coeficiente de correlación interelementos indicó adecuada coherencia entre los reactivos de la dimensión medida, ya que en la mayoría de las variables superó el puntaje de .30 (Ver Tabla 1).

En la dimensión llamada Desesperanza, que contiene originalmente seis reactivos, sólo una variable presentó un valor en la media superior a dos puntos. La desviación estándar fue inferior a la unidad en todos los reactivos del componente. La asimetría fue baja en la mayoría de las variables, así como la curtosis que fue tendiente a una forma mesocúrtica, sólo las variables Desesperanza en el reactivo 1 y 4 (DES1 y DES4) obtuvieron una distribución leptocúrtica, por lo que se eliminaron de tratamientos posteriores. La correlación ítem-total fue inferior a .30 en cuatro variables. Los resultados anteriormente mencionados se pueden observar de manera específica en la Tabla 1, que presenta los estadísticos descriptivos por dimensiones de la versión original del instrumento.

Por otro lado, la Incapacidad para Afrontar Emociones, presentó un comportamiento descriptivo simétrico en los seis reactivos que la componen, además de un perfil mesocúrtico, similar a la distribución normal. La prevalencia de los indicadores de esta dimensión fue baja, ya que los valores de la me-

dia fueron muy cercanos al puntaje mínimo posible. El coeficiente de discriminación en este componente fue cercano a .30 en tres de las seis variables, en el resto de los reactivos superó este valor. Esto datos respaldan coherencia interna del factor (Ver Tabla 1).

La dimensión Ideación Suicida, presentó un comportamiento sesgado en tres de las seis variables que la componen, además obtuvieron una curtosis de tipo leptocúrtica, que difiere de un perfil mesocúrtico o similar a la distribución normal. Sin embargo, el coeficiente de correlación promedio entre ítems fue superior a .30 (Ver Tabla 1).

Por último, la Soledad y abatimiento, presentó un comportamiento con sesgo inferior a dos puntos, sin embargo, la curtosis mostró un resultado inferior a uno, el puntaje de la media en este factor fue cercano al valor mínimo posible de la escala, lo que denota una baja prevalencia de estos indicadores. El coeficiente de correlación promedio fue superior a .30 en los seis reactivos que integran esta dimensión (Ver Tabla 1).

En el análisis confirmatorio, se probaron dos modelos hipotéticos a partir de la estructura original del instrumento (Ver Tabla 2). El primer modelo (A), se probó con una estructura con cinco factores de primer orden y un factor de segundo orden, sin correlación existente entre los componentes.

Este modelo, en la prueba de bondad de ajuste de Chi cuadrado rechazó la hipótesis nula de no discrepancia entre el modelo y los datos, sin embargo, el valor de CMIN (χ^2/df) resultó con un puntaje inferior a dos. Además, la raíz del residuo estandarizado (RMR) presentó un valor cercano al cero, los índices de bondad de ajuste de Jöreskog, tanto el general como el corregido, resultaron con puntajes superiores a .90, la RMSEA fue inferior a .050.

Tabla 1

Estadísticos descriptivos por dimensión de la versión original del ISO-30

Factor/Variable	M	DE	As	K	CD
<i>Baja Autoestima</i>					
BA1 Yo debo ser un soñador/a, ya que estoy siempre esperando cosas que no resultan.	.60	.734	.781	-.749	.176
BA2 Mientras crecía me hicieron creer que la vida podría ser justa. Siento que me mintieron, ya que no es justa en absoluto.	.63	.772	.748	-.933	.318
BA3 Tengo las cualidades personales que necesito para que me guíen hacia una vida feliz.	.36	.686	1.61	1.05	.321
BA4 Cuando veo a alguien que logró lo que yo no tengo, siento que es injusto.	.31	.60	1.79	2.01*	.258
BA5 Solía pensar que podía ser alguien especial, pero ahora veo que no es verdad.	.49	.727	1.13	-.201	.457
BA6 Nadie me amaría si realmente me conociese bien.	.51	.768	1.10	-.401	.309
<i>Desesperanza</i>					
DES1 Hay muchas posibilidades para mí de ser feliz en el futuro.	.16	.492	3.10	8.36*	.333
DES2 Mi vida se ha desarrollado mayormente en las direcciones que yo elegí.	.51	.752	1.08	-.385	.131
DES3 Cuando me pasa algo malo siento que mis esperanzas de una vida mejor son poco reales.	2.38	0.75	-.752	-.847	-.38
DES4 Aun cuando me siento sin esperanzas, sé que las cosas eventualmente pueden mejorar.	.28	0.63	2.04	2.62*	.404
DES5 Siento que tengo control sobre mi vida.	.48	.743	1.18	-.174	.132
DES6 Es posible que me convierta en la clase de persona que quiero ser.	.42	.724	1.37	.304	.285

M=media aritmética, DE=desviación estándar, As= coeficiente de asimetría, K=curtosis, r=coeficiente de correlación inter-elementos. * La variable no fue considerada para el AFC

Tabla 1

Estadísticos descriptivos por dimensión de la versión original del ISO-30 (Continuación)

Variable/Factor	M	DE	As	K	CD
<i>Incapacidad para Afrontar Emociones</i>					
IAE1 Generalmente pienso que aún los peores sentimientos desaparecerán.	.57	.762	.908	-.694	.128
IAE2 Yo debería ser capaz de hacer que duren los buenos momentos, pero no puedo.	.74	.787	.505	-1.21	.247
IAE3 Aún cuando estoy muy enojado/a por algo, puedo forzarme a mí mismo a pensar claramente, si lo necesito.	.42	.697	1.36	.401	.154
IAE4 Cuando mi vida no transcurre fácilmente estoy dominado por una confusión de sentimientos.	.70	.767	.567	-1.09	.303
IAE5 Cuando tengo emociones fuertes mi cuerpo se siente fuera de control. Domina mi carácter y no	.63	.803	.771	-1.01	.372
IAE6 Nunca sentí que estuviera a punto de hacerme pedazos (Quebrarme).	1.21	.833	-.419	-1.43	-.264
<i>Ideación suicida</i>					
IS1 Aquellas personas con las que me relaciono, no me necesitan en absoluto.	.43	.645	1.23	.334	.469
IS2 Creo que seré incapaz de encontrar suficiente coraje como para enfrentar la vida.	.61	.805	.827	-.96	.357
IS3 Para impedir que las cosas empeoren, creo que suicidarse es la solución.	.30	.62	1.88	2.17*	.483
IS4 Pienso en morirme como una forma de resolver todos mis problemas.	.32	.634	1.82	1.90	.578
IS5 Para no sentirme mal o solo (a), pienso que la solución es morirse.	.28	.595	1.99	2.69*	.658
IS6 Si mis cosas empeorasen creo que me mataría.	.28	.618	2.01	2.62*	.646

Tabla 1

*Estadísticos descriptivos por dimensión de la versión original del ISO-30
 (Continuación)*

<i>Soledad y Abatimiento</i>					
SA1 Ante un fracaso, confié en que las personas con las que me relaciono no perderán las esperanzas en mí.	.43	.701	1.32	.285	.261
SA2 Creo que causo problemas a la gente que está a mi alrededor.	.50	.72	1.09	-.234	.515
SA3 Generalmente creo que las personas que son importantes para mí comprender mis sentimientos bastante bien.	.40	.705	1.44	.537	.360
SA4 Siento que no pertenezco a ningún lado.	.41	.678	1.37	.513	.601
SA5 Cuando fracaso, quiero esconderme, desaparecer.	.46	.731	1.24	-.001	.514
SA6 Los buenos sentimientos que la gente tiene acerca de mí son un error.	.44	.703	1.29	.231	.483

M=media aritmética, DE=desviación estándar, As= coeficiente de asimetría, K=curtosis, CD=coeficiente de discriminación. * La variable no fue considerada para el AFC

Tabla 2

Índices de bondad de ajuste generales y de parsimonia para dos modelos del ISO-30

Indices	Modelo A	Modelo B
χ^2 de Pearson [gl]	333.217 [191]	401.129 [184]
p	.000	.000
χ^2 /gl (Cmi)	1.755	2.180
RMR	.052	.098
GFI	.922	.906
AGFI	.905	.882
RMSEA [IC 90%]	.043 [.035 - .051]	.054 [.047-.061]

Modelo A= Cinco factores de primer orden y un factor de segundo orden. Modelo B= Cinco factores de primer orden ajustado a la propuesta original de King & Kowalchuk (1994), Osman et al. (2005) y Liporace y Casullo (2006).

El segundo modelo (B), se probó con factores de primer orden únicamente, resultó con un buen ajuste, pero es menor el valor de los indicadores, específicamente en el índice de bondad de ajuste corregido, mismo que resultó inferior a .90, además, la RMSEA fue superior a .050 y el valor de CMIN superó los dos puntos. Estos indicadores dan evidencia de buen ajuste del modelo con factores de segundo orden (A).

En relación con los resultados obtenidos para la validación desarrollada se encontraron dos factores generales, autoestima e ideación, dentro de los cuales se engloban los factores originales de la escala, dicha organización se representa en el diagrama de la figura 2.

En el diagrama se observa que veinte reactivos obtuvieron cargas suficientes para integrarse dentro de un factor, y nueve de ellos fueron eliminados. Las cinco dimensiones originales permanecieron sin embargo sólo en la de soledad y abatimiento se conservaron los seis reactivos originales, es probable que estos no se vean afectados por factores culturales ya que los reactivos van enfocados a situaciones sociales-relacionales y por ello en población mexicana resultaran con una carga significativa en el factor.

La dimensión de baja autoestima fue la segunda más robusta del instrumento, con cinco reactivos seleccionados de entre los seis que originalmente la componían, el reactivo eliminado hace referencia a la emoción de los celos o envidia hacia el otro.

El factor de Desesperanza quedó conformado por cuatro reactivos, eliminándose los dos que se relacionan con eventos futuros positivos o de mejoría de la situación actual, lo que en las edades de los evaluados puede resultar difícil de responder, pues no se encuentran todavía con la independencia como para direccionar su proyecto de vida de mane-

ra autónoma.

Por otra parte, las dimensiones con menos reactivos fueron la de incapacidad para afrontar las emociones y la de ideación suicida. En la primera de estas se observó que los reactivos con referencias más específicas a emociones y situaciones fueron las que se incluyeron en el instrumento, y aquellas más generales y ambiguas fueron eliminadas por lo que se requiere analizar con relación a la inteligencia emocional de la población analizada para generar discusiones más profundas en este sentido. Finalmente se puede concluir con relación a la nueva estructuración del instrumento para población mexicana que el objetivo de la escala original, que busca evaluar la orientación suicida a través de un instrumento sencillo, corto y útil para detectar la presencia de riesgo suicida (Liporace y Casullo, 2006) se logra con la versión ajustada a veintidós reactivos en la población evaluada.

Conclusiones

Definitivamente el estudio del suicidio y de todas sus variantes es sumamente complejo y dinámico, el ser capaz de aproximarse al tema genera retos importantes para los investigadores, pero el buscar alternativas de intervención y prevención para evitar los costos, sobre todo los que se generan a nivel social, es en sí una razón de peso suficiente para continuar generando conocimientos científicos sobre la problemática.

En relación a la adolescencia, consideramos que es fundamental el no sólo analizarla desde una perspectiva que la defina como una etapa de crisis y riesgos en relación al suicidio (Álvarez, Camilo, Román, Sánchez y Fajardo, 2017), sino también buscar entenderla y aprovecharla como un momento en la vida que puede llegar a ser crucial para el desarrollo de intervenciones tempranas que

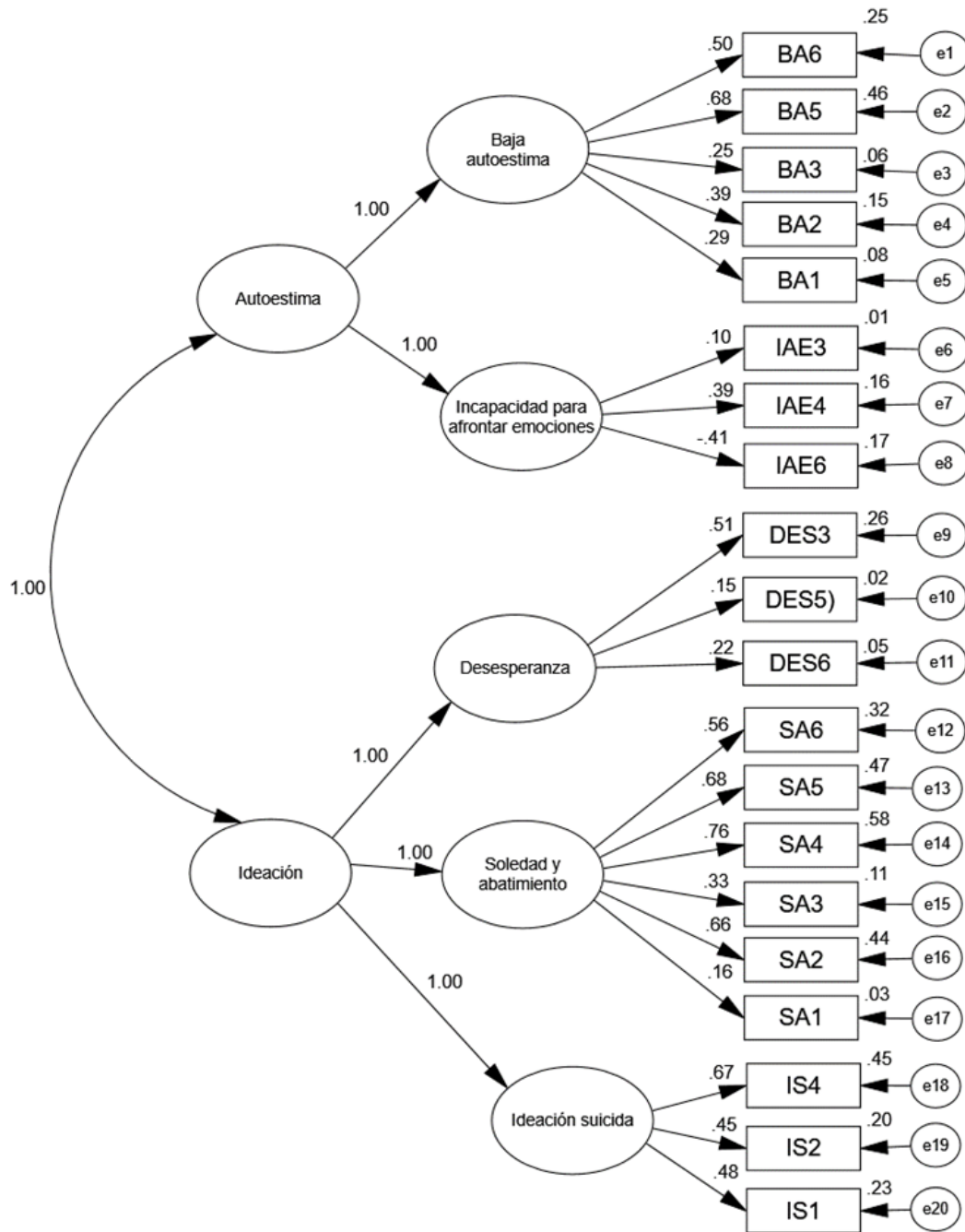


Figura 2. Modelo A con coeficientes estandarizados, cinco factores de primer orden y un factor de segundo orden con el método de Mínimos Cuadrados Generalizados (GLS).

permitan detectar, prevenir e incidir en el crecimiento integro y saludable de los seres humanos. Vista como una etapa de oportunidades, permite buscar estrategias para lograr identificar dificultades que se presentan en dicha etapa y así desarrollar intervenciones de enseñanza sobre alternativas de solución, estrategias de afrontamiento y de habilidades diversas para mejorar la calidad de vida y el posterior desarrollo social, psicológico y emocional.

Ahondando en el tema del suicidio es importante no dejar de lado la multifactorialidad que influye en este. Es una realidad que a pesar de la diversidad de factores asociados al suicidio y/o a la ideación suicida existen constructos psicológicos que se han encontrado más relacionados como la desesperanza (Oyekcin, Sahin, & Aldemir, 2017; Boffa, King, Turecki, & Schmidt, 2018), la baja autoestima, o psicopatologías como la depresión (Alsaman, & Alansari, 2016; Vélez, Maldonado, y Rivera, 2017; Moral, Ogaz, López, Amatria & Maneiro, 2018), etc. Estas correlaciones demostradas científica y empíricamente permiten guiar el análisis para el desarrollo de instrumentos válidos y confiables que permitan la detección temprana y en consecuencia la intervención eficiente para la disminución de muertes por suicidio.

El ofrecer intervenciones para garantizar la salud mental en la población se convierte cada día más en una demanda inminente para los gobiernos, principalmente los encargados de la salud, pero a pesar de que existen esfuerzos con dicho objetivo, las intervenciones sin evaluaciones y diagnósticos previos tienen una alta probabilidad de fracaso, es por ello que el contar con instrumentos estandarizados para las características de la población es un requerimiento previo a cualquier tipo de campaña o intervención.

El uso de escalas estandarizadas no sólo ayuda a contar con diagnósticos más certeros, a poder enfocar las intervenciones y favorecer en un mejor desarrollo de los tratamientos, sino que también permite ir familiarizando a las personas con relación a la importancia de revisar y cuidar la salud mental a través del apoyo de profesionistas especializados.

Se puede observar en los resultados que existen semejanzas importantes en los resultados encontrados entre la estandarización argentina de la Escala ISO-30 y la presentada por la investigación con población mexicana. A pensar de diferir de ligeramente de la propuesta original estos análisis que garantizan la validez y confiabilidad de los instrumentos, permiten sentar las bases para confirmar o refutar los hallazgos obtenidos en otras muestras para posteriores predicciones y análisis a poblaciones más amplias.

Consideramos de suma importancia los factores culturales, sociales y madurativos en el desarrollo de los instrumentos psicológicos ajustados a poblaciones específicas. Existen investigaciones (Rubio et al., 2014; González, Medina, y Ortiz, 2016) que retoman versiones validadas en muestras diferentes a su población y que, apedazar de realizar la revisión y adecuación de los reactivos según su contexto cultural reconocen como limitación lo que esto implica para las dificultades en el análisis válido de resultados. En este estudio se pretende ofrecer resultados para que la investigación y aplicación de este instrumento cuente con calidad psicométrica, la cual definitivamente requiere de demostración constante.

La importancia de estudios que aporten evidencias en relación a la validación de los instrumentos psicológicos en general no puede ser negada, el contar con escalas o inventarios que ahorren recursos de tiempo y esfuer-

zo permite una intervención rápida y efectiva.

En este sentido el validar instrumentos ya creados y validados en otros países también permite el contar con la posibilidad de generalizar resultados en poblaciones distintas a partir de instrumentos semejantes además de optimizar los hallazgos encontrados por otros investigadores.

Referencias

- Alavi, N., Reshetukha, T., & Prost, E. (2015) Challenges of Suicide Risk Assessment in Emergency Rooms. *European Psychiatry*, 30, Supplement 1, 943. doi: 10.1016/S0924-9338(15)30739-2
- Alba, M. D., Castellanos, A., y Sánchez, L. M. (2015). Riesgo Suicida y Síntomas Depresivos en Padres de Hijos con Enfermedad Neuromuscular. *Acta de Investigación Psicológica*, 5(1), 1872-1880. doi: 10.1016/S2007-4719(15)30007-7
- Alsalmán, R., & Alansari, B. (2016). Relationship of suicide ideation with depression and hopelessness. *European Psychiatry*, 33(Supplement), S597. doi: 10.1016/j.eurpsy.2016.01.2228
- Álvarez, M., Camilo, V., Román, M., Sánchez, Y., y Fajardo, Y. (2017). Principales factores de riesgo relacionados con el intento suicida en un grupo de adolescentes. *MEDISAN*, 21(2), 157 - 163. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/pdf/3684/368449645004.pdf>
- Alzate, E., y Martínez, A. (2013). Factores relacionados con la carga de discapacidad en personas con intento de suicidio, atendidas en la red pública de servicios de salud de Santiago de Cali*. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 42(1), 29-50. doi: 10.1016/S0034-7450(14)60085-8
- Aragón, R., y Cruz, R. (2014). Causas y Caracterización de las Etapas del Duelo Romántico. *Acta de Investigación Psicológica*, 4(1), 1329-1343. doi: 10.1016/S2007-4719(14)70378-3
- Arenas, P., Gómez, E., y Forns, M. (2012). Indicadores diferenciales de personalidad frente al riesgo de suicidio en adolescentes. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación - e Avaliação Psicológica*, 1(33), 51-74. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=459645437004>
- Arenosa, G., Quismondo, L., Calero, C., y Jurdado, P. (2015). Protocolo diagnóstico del paciente depresivo. *Medicine - Programa de Formación Médica Continuada Acreditado*, 11(85), 5098-5102. doi: 10.1016/j.med.2015.08.005
- Baader, M., Urra, P., Millán, A., y Yáñez, M. (2011). Algunas consideraciones sobre el intento de suicidio y su enfrentamiento. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 22(3), 303-309. doi: 10.1016/S0716-8640(11)70430-8
- Bandalos, D. L., & Finney, S. J. (2010). Factor analysis: Exploratory and confirmatory. In G. R. Hancock & R. O. Mueller (Eds.), *The reviewer's guide to quantitative methods in the Social Sciences* (pp. 93-114). New York, United States: Routledge.
- Bauman, S., Toomey, R. B., & Walker, J. L. (2013). Associations among bullying, cyberbullying, and suicide in high school students. *Journal of Adolescence*, 36 (2), 341-350. doi: 10.1016/j.adolescence.2012.12.001
- Beck, A.T., Epstein, N., Brown, G., Steer, R.A. (1988) An inventory for measuring clinical anxiety: Psychometric properties. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 56, 893-897. doi: 10.1037/0022-006X.56.6.893
- Beck, A., Guth, D., Steer, J., & Ball, R. (1997). Screening for major depression disorders in medical in patients with the Beck depression inventory for primary care. *Behaviour, Research and Therapy*, 35(8), 785-791. doi: 10.1016/S0005-7967(97)00025-9
- Beck, A., Kovacs, M. & Weissman, A. (1979). Assessment of Suicidal Intention: The Scale for Suicide Ideation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 47(2), 343 - 352. doi: 10.1037/0022-006X.47.2.343
- Beck, A.T., Weissman, A., Lester D. & Trexler, L. (1974). The measurement of pessimism: The hopelessness scale. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 42, 861-865. doi: 10.1037/h0037562
- Beck, A.T., (1976). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. New York: International Universities Press.
- Boffa, J.W., King, S. L., Turecki, G., & Schmidt, N. B. (2018). Investigating the role of hopelessness in the relationship between PTSD symptom change and suicidality. *Journal of Affective Disorders*, 225(Supplement C), 298-301. doi: 10.1016/j.jad.2017.08.004
- Borges, G., Orozco, R., Benjet, C., y Medina, M. (2010). Suicide and suicidal behaviors in Mexico: Retrospective and current status. *Salud Pública de México*, 52(4), 292-304. Recuperado de: <https://www.scopus.com/inward/record.uri?eid=2-s2.0-77952287410&partnerID=40&md5=ee842088a>

- c67e4482e112f6ec1331e2d
- Britton, P.C., Duberstein, P.R., Conner, K.R., Heisel, M.J., Hirsch, J.K., & Conwell, Y. (2008). Reasons for Living, Hopelessness, and Suicide Ideation Among Depressed Adults 50 Years or Older. *The American Journal of Geriatric Psychiatry, 16*(9), 736-741. doi: 10.1097/JGP.0b013e31817b609a
- Builes, M.V., Ramírez, A.M., Arango, B.E. y Anderson, M. T. (2014). Sentido atribuido por las familias a la muerte por suicidio en gestantes en Antioquia durante 2010-2011. *Revista Colombiana de Psiquiatría, 43*(3), 124-133. doi: 10.1016/j.rcp.2013.10.001
- Carbone, J., Holzer, J., & Vaughn, M. (2019). Child and Adolescent Suicidal Ideation and Suicide Attempts: Evidence from the Healthcare Cost and Utilization Project. *The Journal of Pediatrics, 206*, 225-231. doi: 10.1016/j.jpeds.2018.10.017
- Casanovas, T., Chandía, A., Vilallonga, J.S., Peña-Cala, M.C., De la Iglesia, I., y Herdman, M. (2016). Validación prospectiva de la versión corta en español del test específico de calidad de vida Short form-liver disease quality of life (SF-LDQOL) para hepatopatías crónicas y trasplante hepático. *Gastroenterología y Hepatología, 39*(4), 243-254. doi: 10.1016/j.gastrohep.2015.08.001
- Chiclana, C. y Giner, L. (2011). Protocolo diagnóstico del paciente con riesgo de suicidio. *Medicine - Programa de Formación Médica Continuada Acreditado, 10*(85), 5777-5781. doi: 10.1016/S0304-5412(11)70174-3
- Davis, B., Royne, M. B., & Pullig, C. (2014). How Gay-Straight Alliance Groups Mitigate the Relationship Between Gay-Bias Victimization and Adolescent Suicide Attempts. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 53*(12), 1271-1278. doi: 10.1016/j.jaac.2014.09.010
- Dedic, G. J., & Brown, P. (2012). P-1417 - History of bullying preceding suicide attempt. *European Psychiatry, 27*, Supplement 1, 1. doi: 10.1016/S0924-9338(12)75584-0
- Delfabbro, P.H., Winefield, H.R., & Winefield, A.H. (2013). Life-time and current suicide-ideation in Australian secondary school students: Socio-demographic, health and psychological predictors. *Journal of Affective Disorders, 151*(2), 514-524. doi: 10.1016/j.jad.2013.06.036
- Domínguez, S.A. (2017). Influencia de las estrategias cognitivas de regulación emocional sobre la ansiedad y depresión en universitarios: análisis preliminar. *Salud Uninorte, 33*(3), 315-321. doi: 10.14482/sun.33.3.10891
- Echeburúa, E. (2015). Las múltiples caras del suicidio en la clínica psicológica. *Terapia psicológica, 33*, 117-126. doi: 10.4067/S0718-48082015000200006
- Eslami, B., Kovacs, A. H., Moons, P., Abbasi, K. & Jackson, J. L. (2017). Hopelessness among adults with congenital heart disease: ¿Cause for despair or hope? *International Journal of Cardiology, 230*(Supplement C), 64-69. doi: 10.1016/j.ijcard.2016.12.090
- Fanaj, N., Melonashi, E. & Shkëmbi, F. (2015). Self-esteem and Hopelessness as Predictors of Emotional Difficulties: A Cross-sectional Study among Adolescents in Kosovo. *Procedia - Social and Behavioral Sciences, 165*(Supplement C), 222-233. doi: 10.1016/j.sbspro.2014.12.626
- Fernández, M. y Casullo, M. M. (2006). Validación factorial de una escala para evaluar riesgo suicida. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación - e Avaliação Psicológica, 1*(21), 9-22. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=459645448002>
- García, R., Parra, I., Palao, D., Lopez, J., Sáiz, P., García, M. y Baca, E. (2012). Protocolo breve de evaluación del suicidio: fiabilidad interexaminadores. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental, 5*(1), 24-36. doi: 10.1016/j.rpsm.2011.10.001
- Garciandía, J. A. (2013). Familia, suicidio y duelo. *Revista Colombiana de Psiquiatría, 43*, Supplement 1, 71-79. doi: 10.1016/j.rcp.2013.11.009
- Gómez, G. A. (2012). Evaluación del riesgo de suicidio: enfoque actualizado. *Revista Médica Clínica Las Condes, 23*(5), 607-615. doi: 10.1016/S0716-8640(12)70355-3
- Gómez, C., Bohórquez, A.P., Gil, L.M., Jaramillo, L.E., García, J., Bravo, E. y Palacio, C. (2013). Evaluación del riesgo de suicidio en la guía de práctica clínica para diagnóstico y manejo de la depresión en Colombia. *Revista Colombiana de Psiquiatría, 43*(Supplement 1), 3-11. doi: 10.1016/j.rcp.2013.11.001
- González, P.C., Medina, O.A., y Ortiz, J.C., (2016). Riesgo suicida y factores asociados en estudiantes de Psicología en una Universidad pública de Colombia. *Revista Habanera de Ciencias Médicas, 15*(1), 136-146. Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2016000100015&lng=es&tlng=es
- Gooding, P., Tarrrier, N., Dunn, G., Shaw, J., Awenat, Y., Ulph, F., & Pratt, D. (2015). Effect of hope-

- at risk of suicide. *Psychiatry Research*, 230(2), 464-471. doi: 10.1016/j.psychres.2015.09.037
- Gulec, D., Sahin, E. M., & Aldemir, E. (2017). Mental health, suicidality and hopelessness among university students in Turkey. *Asian Journal of Psychiatry*, 29(Supplement C), 185-189. doi: 10.1016/j.ajp.2017.06.007
- Hanna, D., White, R., Lyons, K., McParland, M. J., Shannon, C., & Mulholland, C. (2011). The structure of the Beck Hopelessness Scale: A confirmatory factor analysis in UK students. *Personality and Individual Differences*, 51(1), 17-22. doi: 10.1016/j.paid.2011.03.001
- Hansung, K., Yushin, L., & Sangmi, Ch. (2019). Increasing trend in the risk of suicide among residential care children and adolescents in South Korea. *Children and Youth Services Review*, 105, doi: 10.1016/j.childyouth.2019.104445
- Hatzenbuehler, M. L., & Keyes, K. M. (2013). Inclusive Anti-bullying Policies and Reduced Risk of Suicide Attempts in Lesbian and Gay Youth. *Journal of Adolescent Health*, 53(1, Supplement), S21-S26. doi: 10.1016/j.jadohealth.2012.08.010
- Hernández, H., y Flores, R. (2011). El suicidio en México. *Papeles de población*, 17, 69-101. Recuperado de: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S1405-74252011000200004&script=sci_abstract
- Hernández, Q., y Gómez, E. L. (2006). Evaluación del riesgo suicida y estrés asociado en adolescentes estudiantes mexicanos. *Revista Mexicana de Psicología*, 23(1), 45-52. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=243020646006>
- Hertz, M. F., Donato, I., & Wright, J. (2013). Bullying and Suicide: A Public Health Approach. *Journal of Adolescent Health*, 53(1, Supplement), S1-S3. doi: 10.1016/j.jadohealth.2013.05.002
- Iglesias, J. L., Pérez, L., López, O., Dosil, S., Cutrín, J., y Álvez, F. (2007). Intento de suicidio. *Anales de Pediatría*, 66(2), 213-214. doi: 10.1016/S1695-4033(07)70360-0
- Karch, D. L., Logan, J., McDaniel, D. D., Floyd, C. F., & Vagi, K. J. (2013). Precipitating Circumstances of Suicide Among Youth Aged 10-17 Years by Sex: Data from the National Violent Death Reporting System, 16 States, 2005-2008. *Journal of Adolescent Health*, 53(1, Supplement), S51-S53. doi: 10.1016/j.jadohealth.2012.06.028
- King, J. D. & Kowalchuk, B. (1994). *ISO – 30. Adolescent Inventory of Suicide Orientation – 30*. Minneapolis, United States: NCS-Pearson.
- Gómez, E. L., y Durán, C. (2003). *Sucesos de Vida*. México: El Manual Moderno.
- Liporace, M., y Casullo, M. M. (2006). Validación factorial de una escala para evaluar riesgo suicida. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación - e Avaliação Psicológica*, 1(21), 9-22. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=459645448002>
- Lloret, S., Ferreres, A., Hernández, A., y Tomás, I. (2014). El Análisis Factorial Exploratorio de los Ítems: una guía práctica, revisada y actualizada. *Anales de Psicología*, 30, 1151-1169. doi: 10.6018/analesps.30.3.199361
- Martínez, L. C., Vianchá, M. A., Pérez, M. P., y Avenadoño, B. L. (2017). Asociación entre Conducta Suicida y Síntomas de Anorexia y Bulimia Nerviosa en Escolares de Boyacá, Colombia. *Acta Colombiana de Psicología*, 20(2). doi: 10.14718/ACP.2017.20.2.9
- Martínez, P., Cassaretto, M., y Herth, K. (2012). Propiedades psicométricas de la Escala de Esperanza de Herth en español. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación - e Avaliação Psicológica*, 1(33), 127-145. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=459645437008>
- Miranda, R., Valderrama, J., Tsypes, A., Gadol, E., & Gallagher, M. (2013). Cognitive inflexibility and suicidal ideation: Mediating role of brooding and hopelessness. *Psychiatry Research*, 210(1), 174-181. doi: 10.1016/j.psychres.2013.02.033
- Mikulic, I. M., Cassullo, G. L., Crespi, M. C., & Marconi, A. (2009). Beck Hopelessness Scale BHS (A. Beck, 1974): psychometric study and standardization of Argentinian Adaptation. *Anuario de investigaciones*, 16, 365-373. Recuperado de: <http://www.scielo.org.ar/pdf/anuinv/v16/v16a35.pdf>
- Montero, I. y León, O.G. (2002). Clasificación y descripción de las metodologías de investigación en psicología. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud*, 2(3), 503-508. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=33720308>
- Moral, J., Orgaz, D., López S., Amatria, M., & Manero, R. (2018). Influence of physical activity on self-esteem and risk of dependence in active and sedentary elderly people. *Anales de Psicología*, 34(1), 162-166. doi: 10.6018/analesps.34.1.294541
- Morales, A., Chávez, R., Ramírez, W., Sevilla, A., y Yock, I. (1999). Desesperanza en adolescentes: una aproximación a la problemática del suicidio juvenil. *Adolescencia y Salud*, 1, 3-15. Recu-

- perado de: http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-41851999000200002&nrm=iso
- Muñiz, J., Elosua, P. y Hambleton, R.K. (2013). Directrices para la traducción y adaptación de los tests: segunda edición, *Psicothema*, 25(2), 151-157. doi: 10.7334/psicothema2013.24
- O'Connor, R. C., Fraser, L., Whyte, M., MacHale, S., & Masterton, G. (2008). A comparison of specific positive future expectancies and global hopelessness as predictors of suicidal ideation in a prospective study of repeat self-harmers. *Journal of Affective Disorders*, 110(3), 207-214. doi: 10.1016/j.jad.2008.01.008
- O'Donoghue, B., Lyne, J. P., Fanning, F., Kinsella, A., Lane, A., Turner, N. & Clarke, M. (2014). Social class mobility in first episode psychosis and the association with depression, hopelessness and suicidality. *Schizophrenia Research*, 157(1), 8-11. doi: 10.1016/j.schres.2014.05.022
- Osman, A., Gutierrez, P. M., Barrios, F. X., Bagge, C. L., Kopper, B. A., & Linden, S. (2005). The Inventory of Suicide Orientation-30: further validation with adolescent psychiatric inpatients. *J Clin Psychol*, 61(4), 481-497. doi:10.1002/jclp.20086
- Oyekcin, G., Sahin, E., & Aldemir, E. (2017). Mental health, suicidality and hopelessness among university students in Turkey. *Asian J Psychiatry*, 29, 185-189. doi:10.1016/j.ajp.2017.06.007
- Papas, M., & Axe, M. (2015). Bullying is Associated with Suicide-Related Behaviors among Adolescents with Disabilities in the United States. *Annals of Epidemiology*, 25(9), 713-714. doi: 10.1016/j.annepidem.2015.06.057
- Patton, G. C. (2014). Youth Suicide: New Angles on an Old Problem. *Journal of Adolescent Health*, 54(3), 245-246. Doi: 10.1016/j.jadohealth.2013.12.015
- Peiper, N. C., Clark, P. M., Birkby, B., & Ulrich, J. L. (2013). Subtypes of Bullying and Suicide Behaviors Across Kentucky High School Students. *Annals of Epidemiology*, 23(9), 597-598. doi: 10.1016/j.annepidem.2013.06.087
- Pineda, C. A. (2013). Factores asociados con riesgo de suicidio de adolescentes y jóvenes autoidentificados como lesbianas, gays y bisexuales: estado actual de la literatura. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 42(4), 333-349. doi: 10.1016/S0034-7450(13)70030-1
- Pugnière, J. M., Raynaud, J. P., Bourdet, S., & Zaouche, C. (2012). Are sexual orientation, homophobia and homophobic victimization in schools factors of suicide and risk behaviors among adolescents and young adults? *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, 60(5, Supplement), S58. doi: 10.1016/j.neurenf.2012.05.232
- Reed, K. P., Nugent, W., & Cooper, R. L. (2015). Testing a path model of relationships between gender, age, and bullying victimization and violent behaviors, substance abuse, depression, suicidal ideation, and suicide attempts in adolescents. *Children and Youth Services Review*, 55, 128-137. doi: 10.1016/j.childyouth.2015.05.016
- Rendón, E., y Rodríguez, R. (2016). Vivencias y experiencias de individuos con ideación e intento suicida. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 45(2), 92-100. doi: 10.1016/j.rcp.2015.08.003
- Rivers, I., & Noret, N. (2013). Potential Suicide Ideation and its Association with Observing Bullying at School. *Journal of Adolescent Health*, 53(1), 32-36. doi: 10.1016/j.jadohealth.2012.10.279
- Reynolds, W.M., (1988). *Suicidal Ideation Questionnaire Professional Manual*. Florida: PAR.
- Rubio, L., Cardona, D., Medina, O., Garzón, L., Garzón, H., y Rodríguez, N., (2014). Riesgo suicida en población carcelaria del Tolima, Colombia. *Rev. Fac. Med.* 62(1). 33-39. doi: 10.15446/revfacmed.v62n1.43672
- Rueda, G., Castro, V., Rangel, A., Moreno, C., Martínez, G., y Camacho, P. (2018). Validación de la Escala de Desesperanza de Beck en pacientes con riesgo suicida. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 11(2). doi: 10.1016/j.rpsm.2016.09.004
- Sánchez, L. M., Quintanilla, R., Cruz, J. I., Morfín, T., Contreras, E., García, J. E., y Hernández, R. (2014). Intento de Suicidio en Adolescentes Mexicanos: Perspectiva desde el Consenso Cultural. *Acta de Investigación Psicológica*, 4(1), 1446-1458. doi: 10.1016/S2007-4719(14)70386-2
- Siu, A. (2019) Self-Harm and Suicide Among Children and Adolescent in Hong Kong: A Review of Prevalence, Risk Factors, and Prevention Strategies. *Journal of Adolescent Health*, 64, 59-64. doi: 10.1016/j.jadohealth.2018.10.004
- Song, M., Song, J., Yook, K., Lee, J., & Hong, H. J. (2012). Risk and protective factors of suicide of depressive adolescents in Korea. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, 60(5, Supplement), S174. doi: 10.1016/j.neurenf.2012.04.272
- Spangenberg, L., Zenger, M., García, F., Mueller, V., Reck, M., Mehnert, A., & Vehling, S. (2016). Dimensionality, Stability, and Validity of the

- Beck Hopelessness Scale in Cancer Patients Receiving Curative and Palliative Treatment. *Journal of Pain and Symptom Management*, 51 (3), 615-622. doi: 10.1016/j.jpainsymman.2015.11.008
- Uchida, C., Uchida, M., Takahashi, Y., & Schwab, M. (2012). Psychosocial and mental health background of junior high students in Tokyo – Focusing to bullying which can serve as a cause of suicide. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, 60(5, Supplement), S174. doi: 10.1016/j.neurenf.2012.04.274
- Vásquez, R., y Quijano, M. (2013). Cuando el intento de suicidio es cosa de niños. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 43, 36-46. doi: 10.1016/j.rcp.2013.11.004
- Vélez, D., Maldonado, N., y Rivera, C. (2017). Espectro del suicidio en jóvenes universitarios en puerto rico. *Revista Puertorriqueña de Psicología*, 28 (1), 34-44. Recuperado de: <http://www.ojs.repsasppr.net/index.php/reps/article/view/301/303>
- Wang, Y., Jiang, N., Cheung, E., Sun, H., & Chan, R. (2015). Role of depression severity and impulsivity in the relationship between hopelessness and suicidal ideation in patients with major depressive disorder. *Journal of Affective Disorders*, 183(Supplement C), 83-89. doi: 10.1016/j.jad.2015.05.001
- Winsper, C., Lereya, T., Zanarini, M., & Wolke, D. (2012). Involvement in Bullying and Suicide-Related Behavior at 11 Years: A Prospective Birth Cohort Study. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 51 (3), 271-282.e273. doi: 10.1016/j.jaac.2012.01.001
- Yu, B., & Chen, X. (2019). Age and Birth Cohort-Adjusted Rates of Suicide Mortality Among US Male and Female Youths Aged 10 to 19 Years From 1999 to 2017. *JAMA Network Open*, 2 (9), e1911383-e1911383. doi:10.1001/jamanetworkopen.2019.11383