

RAE

1. **TIPO DE DOCUMENTO:** Trabajo de grado
2. **TITULO:** Construcción y validación de un banco de reactivos para la elaboración de una prueba que identifique riesgo suicida en fuerzas militares
3. **AUTORES:** Barreto, D. Fajardo, D & Valencia, C.
4. **LUGAR:** Bogotá. D.C. - COLOMBIA
5. **FECHA:** Febrero 2010 a Mayo 2011
6. **PALABRAS CLAVE:** Suicidio, riesgo suicida, fuerzas armadas, factores de riesgo, banco de reactivos.

7. **DESCRIPCIÓN DEL TRABAJO:** Esta investigación tuvo como objetivo la construcción de un banco de reactivos para un instrumento que identifique riesgo suicida en población militar colombiana, se realizó una investigación bajo un método cuantitativo con un diseño psicométrico, en tanto se buscaba describir las características psicométricas del banco a partir del análisis de un constructo. De acuerdo con la teoría revisada se realizó la tabla de especificaciones en la cual se detalla las dimensiones que fueron tenidas en cuenta para la elaboración de los reactivos, antecedentes familiares, conducta suicida, trastornos mentales, fácil acceso a armas, eventos estresantes y alcohol y consumo de sustancias psicoactivas. Este banco de reactivos se validó a través del formato de evaluación de jueces y del coeficiente de razón de validez de contenido, donde de 206 ítems evaluados, 62 obtuvieron una calificación de excelente, 80 de buenos, 50 regulares, 11 deficientes y 2 eliminados, quedando constituido un banco de reactivos de 142 preguntas.

8. **LINEA DE INVESTIGACIÓN:** Grupo de investigación de la Universidad de San Buenaventura sede Bogotá de Avances en psicología clínica y de la salud (Gantiva, 2008) en la línea de investigación de Adquisición, evaluación, mantenimiento e intervención en salud y enfermedad a lo largo del ciclo vital (Gantiva, 2010).

9. FUENTES CONSULTADAS:

- Aiken L. (1996) Tests psicológicos y evaluación .Prentice Hall. Mexico-
- Aja. (2007). *El suicidio y los factores indicadores de riesgo*. Congreso latinoamericano de educación: Bogotá
- Aliaga, J.(2005). *Psicometría: Tests psicométricos confiabilidad y validez*. Madrid: Pirámide.
- American Association of Suicidology. (1992). *Assemente and prediction of suicide*. New York: The Guilford Press.

Ballesteros, M & Pinzón, A. (2008). *Suicidio: un problema que aumenta en jóvenes*. Revista de historia iberoamericana. Recuperado el 17 de marzo de 2011 en: <http://noticias.universia.net.co/vida-universitaria/noticia/2008/10/13/240400/suicidio-problema-aumenta-jovenes.html>.

Tc. Barrios, M., Tn. Espinosa, L. & Martínez, C. (2010). Guía de manejo terapéutico del potencial suicida. 1. Ejército Nacional de Colombia

Cerda, E. (1978). *Psicometría General*. Barcelona: Herder.

Cocha, A. (2002). Impacto social y económico de la violencia en las Américas. *Biomédica* , 347-361.

Código Deontológico Y Bioético y otras Disposiciones que Reglamenta el Ejercicio de la Psicología. (2006, 6 de Septiembre). *Congreso de Colombia*, Ley1090

Cohen, R. & Swerdlik M. (2000). *Pruebas y evaluación psicológicas*. Mexico, D. F.: Mc Graw Hill.

Documento Fuerzas Armadas de los EEUU. (2010). Army suicide increases for fifth consecutive year. *National Ward Newspaper*, pág. 16.

El Tiempo. (4 de Abril de 2010). Un suicidio en la semana se registra en promedio en las fuerzas armadas de Colombia. *El Tiempo*.

Forensis (2008). *Suicidio en Colombia*.

Forensis (2009). *Epidemiología del Suicidio en Colombia*.

García, E & Peralta, V. (2002). Suicidio y Riesgo de Suicidio. *Anales*. 25. 87-96.

Gantiva, C. (2008). Grupo de investigación en avances en psicología clínica y de la salud. Universidad de San Buenaventura sede Bogotá.

Gantiva, C. (2010). Línea de investigación: adquisición, evaluación, mantenimiento e intervención en salud y enfermedad a lo largo del ciclo vital. Universidad de San Buenaventura sede Bogotá.

Gómez, D. Sánchez, R. Guzmán, Y. & Pinzón, A. (2000). Estudio sobre estrategias de evaluación de los pacientes suicidas por parte del personal de salud en Bogotá. *Universidad Nacional de Colombia*.

González, J. R. (2002). Investigación en conducta suicida. En G. Sánchez, *Suicidio y Prevención* (págs. 405-437). Bogotá: Kimpres Ltda.

- González, J. (2009). Reestructuración de un instrumento que mide riesgo suicida en infantes de marina que prestan servicio militar en las Fuerzas Armadas. *Documento no publicado*. Universidad de San Buenaventura sede Bogotá.
- Holmes, R. & Holmes, S. (2006). *Suicide Theory, Prcatice and Investigation*. London: Sage.
- Hourani, L. H. (2001). Deparment of the Navy suicide insident report (DONSIR): Summary of 1999-2000 findings. *Naval Health Research center* , 2-29.
- Jiménez, I. (2001). La autopsia psicológica como instrumento de investigación. *Revista Colombiana de psiquiatría*. 30, 3. 271-276.
- Kube, C. J. (29 de Enero de 2009). *msnbc.com*. Recuperado el 28 de Marzo de 2010, de msnbc.com: E:\VIII SEM\TESIS2010\Military suicides continue to rise - Military-msnbc_com.mht
- Lamprea, J & Gómez, E. (2007). Validez en la evaluación de escalas. *Revista Colombiana de psiquiatría*. 36,002. 340-348.
- Lawshe, C. (1975). Pruebas psicotécnicas en la selección de personal. Madrid: Rialp.
- Lozada, J.L., & López-Feal, R. (2003). Métodos de investigación en ciencias humanas y sociales. Madrid: Thomson.
- Mahon, M. T. (2005). Suicide Among Regular-Duty Military Personnel:A Retrospective Case-Control Study of Occupation-Specific Risk Factors for Workplace Suicide. *The American Journal of Psychiatry* , 1688-1696.
- Mancinelli, I. Tomaselli, A. Lazario, S. Ceciarelli, L. Girardi, P. Tatarelli, R. (2002). Suicidio en círculos militares en Italia. *Eur Psychiatry*. 9: 132-133.
- Martínez, C. (2007). *Introducción a la suicidología: teoría, investigación e intervenciones*. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Martínez, R. (1996). *Psicometría: teoría de los test psicológicos y educativos*. Madrid: Síntesis S. A.
- Mingote, J., Jiménez, M., Osorio, R. & Palomo, T. (2004). *Suicidio asistencia clínica: Guía práctica de psiquiatría clínica*. Madrid: Diaz de Santos.
- Ministerio de Defensa de los Estados Unidos. (2003). *Military Suicide risk assessment*. Washington: DHCC.
- Montalbán, J. (1997). La conducta suicida. España: Arán
- Murillo, J. (2004). Cuestionario y escala de actitudes. *Facultad de formación de profesorado y educación de la Universidad Autonoma de Madrid*. Recuperado 27 de septiembre de 2010 en http://www.uam.es/personal_pdi/stmaria/jmurillo/Metodos/Materiales/Apuntes Cuestionario.pdf.

- Normas científicas, técnicas y administrativas para el ejercicio de la investigación en salud (1993, 4 de octubre). Ministerio de Salud de Colombia. Resolución 8430.
- Nunnally, J. (1973) *Introducción a la medición psicológica*. Ed. Paidós. México. Universidad Nacional de Colombia. (2001). *Investigación sobre suicidio en Bogotá*. Bogotá: Giro P&M.
- Nunnally, J. (1995). *Teoría psicométrica*. Mexico D.F.: Mc Graw Hill.
- Oliveros, E. Y. (2007). Conducta suicida su tipología y forma de medición. En G. Sánchez, *El suicidio y su prevención* (págs. 233-238). Bogotá: Kimpres Ltda.
- OMS. (1990). *Definición de trastorno mental*. Génova: Organización Mundial de la Salud.
- OMS. (1993). *Clasificación estadística de enfermedades*. Génova: Organización Mundial de la Salud.
- OMS. (2008). *Día mundial de prevención del suicidio*. Gondrin: International Association of suicide prevention.
- OMS. (2009). *Día mundial de prevención del suicidio*. Gondrin: International Association of suicide prevention
- Peña, E. Espingola, A. Cardoso, J. Gonzales, T. (2007). La guerra como desastre: las consecuencias psicológicas. *Revista humanidades médicas*. 7: 3, 1-25.
- Pérez, S. (1999). El suicidio, comportamiento y prevención. *Revista cubana de medicina integral y general*. 2:196-217.
- Preston, S. (2006). Mortality of american troops in Iraq. *PSC Working paper series*, 1-14.
- Ramírez de la Rocha, O. (2007). Obstáculos para la elaboración de escalas tipo Likert: un reflexión personal. *Archivos en medición en medición familiar*. 9,2. 71-74.
- Restrepo, C. R. (2002). Factores Asociados al intento de suicidio en la población colombiana. *Revista Colombiana de Psiquitría*, 271-286.
- Sanchez, R., Orejarena, S. & Guzmán, Y. (2004). Características de los suicidas en Bogotá: 1985-2000. *Salud pública*, 217-234.
- Secretaría de Gobierno. (2001). *Investigación sobre suicidio en Bogotá*. Bogotá: Giro P&M.
- Stefoni, E. C. (2000). *Suicidio en el servicio militar*. Santiago de Chile: FLASCO-Chile.
- Tuesca, R. (2003). Factores de riesgo asociado al suicidio e intento de suicidio. *Salud uninorte*, 19-28.
- Universidad Nacional de Colombia. (2001). *Investigación sobre suicidio en Bogotá*. Bogotá: Giro P&M.

Valenzuela, D. (2008). Suicidio en Colombia. *Forensis*, 192-215.

Wong, A. E. (2001). Are you UN peace keepers at risk for suicide? *Suicide a life-threatening behavior*, 103-123.

10. CONTENIDOS: Conceptos básicos de suicidio, suicidio en población civil, suicidios en población militar, epidemiología del suicidio, factores de riesgo del suicidio y psicometría (elementos básicos para la construcción de un instrumento psicométrico).

11. METODOLOGIA:

Tipo de estudio

Esta investigación es de tipo cuantitativa, con un diseño psicométrico en tanto que se pretende describir las características psicométricas de un banco de reactivos a partir del análisis del constructo de riesgo suicida; además, tiene que “una de sus funciones es establecer reglas para convertir categorías manifiestas que se han clasificado de las observaciones científicas referidas a un fenómeno psicológico, en categorías numéricas, asignando numerales a los estímulos y/o respuestas” (Losada & López, 2003, p. 47)

Instrumento

Los instrumentos que se utilizaron para construir el banco de reactivos son: la tabla de especificaciones, en la cual se establecieron las dimensiones del constructo que se pretendían medir con los diferentes reactivos, allí se constituyeron el número de reactivos por cada dimensión (Ver apéndice 1). Las dimensiones establecidas son: trastornos mentales, alcoholismo y consumo de sustancias, conducta suicida, fácil acceso a armas, antecedentes familiares y eventos estresantes; estas fueron determinada de acuerdo a su evidencia empírica.

Otro instrumento que se utilizó, es el formato de evaluación de jueces expertos para hacer la validación de contenido de los reactivos, a través de la cual, las puntuaciones fueron de 1 a 4 en redacción (1 muy confusa y 4 muy clara), pertinencia (1 no pertinente y 4 muy pertinente), estructura (1 inadecuada y 4 muy adecuada) y lenguaje (1 inadecuado y 4 muy adecuado). Los resultados arrojados son los que determinan aprobación o la anulación del ítem (Ver apéndice 2).

Se crearon 206 ítems, los cuales fueron evaluados por medio de jueces expertos y del coeficiente de razón de validez de contenido. Los criterios de selección de los ítems fueron según jueces: 4.0 a 3.5 (EXCELENTE), 3.4 a 3.0 (BUENO), 2.9 a 2.5 (REGULAR), 2.4 a 2.0 (DEFICIENTE), 1.9 a 1.0 (ELIMINADO). En el coeficiente de razón de validez de contenido el criterio de selección oscilaba entre -1 y 1, donde -1 es que el ítem no es pertinente y todos los jueces están de acuerdo con esto, el 0 equivale a que la mitad de los jueces están a favor y la otra mitad en contra, 1 el ítem es pertinente y todos los jueces están de acuerdo con que es pertinente.

Procedimiento

Fase 1. Dilucidación del constructo a partir de la revisión teórica conceptual y empírica, haciendo énfasis en factores de riesgo suicida.

Fase 2. Construcción de la tabla de especificaciones a partir de las dimensiones formuladas, con base en la teoría propuesta por diversos autores sobre el riesgo suicida.

Fase 3. Construcción de los ítems para el banco de reactivos teniendo en cuenta la tabla de especificaciones y la teoría (Ver apéndice 4).

Fase 4. Validación de contenido de los reactivos por medio de 7 jueces expertos y aplicación de la fórmula de coeficiente de razón de validez. De los jueces 3 fueron metodológicos y 4 fueron teóricos, todos con experiencia en el manejo de estos temas (Ver apéndice 5).

Fase 5. Revisión y reformulación de los ítems de acuerdo a las recomendaciones de los jueces (Ver apéndice 6).

Consideraciones éticas

Según la ley 1090 del 2006, también conocida como el Código Deontológico Y Bioético y otras Disposiciones que Reglamenta el Ejercicio de la Psicología; en el capítulo séptimo que tiene por nombre, "De la investigación científica, la propiedad intelectual y las publicaciones" del artículo 49 al 51 son los correspondientes a la investigación científica; el primero, dice que todos los profesionales de la psicología que se dedican a la investigación son los responsables de los temas de estudio, la metodología, los materiales empleados, el análisis de las conclusiones y resultados, la divulgación y la correcta utilización de la investigación; el segundo, afirma que los profesionales de la psicología que llevan a cabo investigaciones científicas, deben basarse en los principios éticos de respeto y dignidad igual que salvaguardar el bienestar y los derechos de los participantes.

El tercero dice que se debe evitar en lo posible el recurso de la información encubierta y/o incompleta, a menos que para el problema de investigación esto sea importante y/o que solo pueda investigarse, y/o que se le garantice a los participantes que al finalizar la investigación se le dará la información pertinente a cerca de la investigación; finalmente, el artículo 18 menciona que el psicólogo no utilizara medios o procedimientos que no se hallen suficientemente contrastados dentro del conocimiento científico vigente, en el caso de investigaciones para poner a prueba técnicas o instrumentos nuevos todavía no contrastados lo hará saber así a sus clientes antes de su utilización. (Ley 1090 del 2006)

Otra entidad que rigen legalmente ejercicio investigativo es el Ministerio de salud con la resolución 8430 de 1993, que coincide con que en la investigación con seres humanos se debe garantizar el respeto a sus derechos y la protección, su bienestar y dignidad. Adicionalmente, esta última hace una clasificación de los riesgos del participante, donde en esta investigación está ubicada en una sin riesgo.

12. CONCLUSIONES:

El producto de esta investigación queda conformado un banco de 142 reactivos, que cumplen con las condiciones necesarias para garantizar su calidad de contenido y pertinencia frente al tema de riesgo suicida en población militar; de esta manera se puede concluir que el nivel

de validez del banco es muy bueno, teniendo en cuenta las puntuaciones obtenidas por jueces y con el coeficiente de razón de validez de contenido, dando así respuesta a la pregunta de investigación. Sin embargo se sugiere para futuras investigaciones o en la consolidación de la prueba que evalúe riesgo suicida que se aborden dentro de los factores de riesgo temas como los problemas jurídicos, los efectos del aislamiento y se profundice en los temas de problemas de pareja y económicos, puesto que se encontró que teóricamente no tienen un soporte empírico sólido, pero en la revisión de las autopsias, estos 4 factores fueron las principales causas del suicidio.

Se recomienda que al retomar el banco de reactivos para la construcción del instrumento además de la inclusión de los aspectos antes sugeridos, y su respectiva validación se validen se lleve a cabo una prueba piloto con el fin de garantizar la calidad del instrumento. Vale la pena aclarar que estos ítems fueron elaborados para construir un instrumento de tamizaje, en tanto que se pretende identificarlo; sin embargo no se descarta la posibilidad de que puedan ser utilizados con el fin de crear un instrumento más amplio y con una finalidad como la de medir el riesgo suicida.

De otro lado se recomienda incentivar el desarrollo de investigaciones de corte psicométrico, que permita cubrir campos de interés para la psicología, en este caso específico la psicología clínica y de la salud, en la identificación de factores de riesgo de conductas potencialmente vulnerables como la conducta suicida.

El desarrollo de esta investigación permite identificar la importancia de la medición fundamentada y rigurosa de los diferentes constructos utilizados en la disciplina y aplicados en el ámbito militar, ya que esta población muestra unas características particulares que lo hacen de una u otra manera susceptibles de presentar vulnerabilidad a este fenómeno.

Es de anotar que desarrollar este tipo de investigaciones en el campo de las fuerzas armadas muestra dificultad, debido al limitado acceso que se tiene a la información puesto que se considera que el conocimiento público de esta atenta contra el buen nombre de estas instituciones.

Finalmente, se sugiere ampliar el trabajo psicológico e interdisciplinario con esta población, teniendo en cuenta que por su condición de régimen militar está expuesta a situaciones como aislamiento, presión, inestabilidad emocional entre otras que la hace más propensa a presentar problemáticas psicosociales.

**CONSTRUCCIÓN Y VALIDACION DE UN BANCO DE
REACTIVOS PARA LA ELABORACION DE UNA PRUEBA QUE
IDENTIFIQUE RIESGO SUICIDA EN FUERZAS MILITARES**



Diana Marcela Barreto

Diana Milena Fajardo

Cindy Marcela Valencia

UNIVERSIDAD DE SAN BUENAVENTURA SEDE BOGOTA

FACULTAD DE PSICOLOGIA

MAYO

2011

**CONSTRUCCIÓN Y VALIDACION DE UN BANCO DE
REACTIVOS PARA LA ELABORACION DE UNA PRUEBA QUE
IDENTIFIQUE RIESGO SUICIDA EN FUERZAS ARMADAS**



Asesor: Gilma Parra Quecan

UNIVERSIDAD DE SAN BUENAVENTURA SEDE BOGOTA

FACULTAD DE PSICOLOGIA

MAYO

2011

Tabla de contenidos

| |
|-----------------------------------|
| Resumen, 5 |
| Introducción, 6 |
| Justificación, 7 |
| Marco teórico, 9 |
| Planteamiento del problema, 33 |
| Formulación del problema, 33 |
| Definición de las dimensiones, 34 |
| Objetivos, 35 |
| Marco metodológico, 36 |
| Consideraciones éticas, 37 |
| Resultados, 39 |
| Discusión, 51 |
| Referencias, 55 |
| Apéndice, 60 |
| Apéndice 1, 61 |
| Apéndice 2, 62 |
| Apéndice 3, 64 |
| Apéndice 4, 78 |
| Apéndice 5, 87 |

Índice de tablas

Tabla 1, 40

Tabla 2, 41

Tabla 3, 42

Tabla 4, 43

Tabla 5, 45

Tabla 6, 46

Tabla 7, 49

CONSTRUCCIÓN Y VALIDACION DE UN BANCO DE REACTIVOS PARA LA ELABORACION DE UNA PRUEBA QUE IDENTIFIQUE RIESGO SUICIDA EN FUERZAS ARMADAS

RESUMEN

Esta investigación tuvo como objetivo la construcción de un banco de reactivos para un instrumento que identifique riesgo suicida en población militar colombiana, se realizó una investigación bajo un método cuantitativo con un diseño psicométrico, en tanto se buscaba describir las características psicométricas del banco a partir del análisis de un constructo. De acuerdo con la teoría revisada se realizó la tabla de especificaciones en la cual se detalla las dimensiones que fueron tenidas en cuenta para la elaboración de los reactivos, antecedentes familiares, conducta suicida, trastornos mentales, fácil acceso a armas, eventos estresantes y alcohol y consumo de sustancias psicoactivas. Este banco de reactivos se validó a través del formato de evaluación de jueces y del coeficiente de razón de validez de contenido, donde de 206 ítems evaluados, 62 obtuvieron una calificación de excelente, 80 de buenos, 50 regulares, 11 deficientes y 2 eliminados, quedando constituido un banco de reactivos de 142 preguntas.

Palabras claves: Suicidio, riesgo suicida, fuerzas armadas, factores de riesgo, banco de reactivos.

ABSTRACT

This study aimed to build a bank of items for an instrument for the identification of suicide risk in Colombian military population, an investigation was conducted under a quantitative method with a descriptive design, as it sought to describe the psychometric characteristics of the bank from the analysis of a construct. According to the revised theory was made in the specification table which lists the dimensions that were family history, suicidal behavior, mental disorders, easy access to guns, stressful life events and alcohol and psychoactive substance use. This bank was validated reagents through judges' evaluation form and the coefficient ratio of content validity, where of 206 items evaluated, 61 were rated excellent, 82 good, 47 regular, 14 weak and 2 deleted. The bank of items conformed to 142 questions.

Keywords: Suicide, suicide risk, military, risk factors, reactive bank.

INTRODUCCIÓN

Con el propósito de contribuir a la evaluación del riesgo suicida y teniendo en cuenta las preocupantes cifras sobre suicidio en poblaciones militares, y la carencia de instrumentos en este medio para medir dicho fenómeno, se planteó la necesidad de construir un banco de reactivos para la estructuración posterior de un instrumento que identifique riesgo suicida en fuerzas militares; es importante tener en cuenta que pese a las preocupantes cifras sobre suicidio en las fuerzas militares a nivel mundial y en Colombia, no se conocen en el medio instrumentos que trabajen esta problemática y los diferentes factores de vulnerabilidad que llevan a que un sujeto termine con su vida durante su vinculación con estas dependencias. Para el estudio de este fenómeno se debe tener en cuenta que la profesión y el estilo de vida de un integrante del sistema militar aumentan el riesgo de suicidio, debido al fácil acceso a armas de fuego, al aislamiento de sus familias y redes de apoyo y el entrenamiento, teniendo en cuenta la naturaleza de su labor (Tuesca, 2003). En los individuos que se vinculan al servicio militar obligatorio, la temprana edad y la falta de capacidades para enfrentar diferentes situaciones son algunas de las causas que llevan a que este fenómeno se mantenga y se incremente, a pesar de los esfuerzos que algunos países desde sus gobiernos intentan realizar para identificarlo y prevenirlo. La detección temprana de algunos signos que indiquen el riesgo suicida en esta población facilitaría el manejo de esta problemática, y es por esto que, por medio de este proyecto de investigación, se buscaba construir y validar un banco de reactivos para la construcción de un instrumento con el cual se pudiera identificar el riesgo suicida en las fuerzas militares, con el fin de otorgarles una herramienta para estimar este fenómeno, dando pie a la futura construcción de un instrumento que detecte este riesgo y permita dar una intervención oportuna a los uniformados.

Esta investigación se enmarcó dentro del grupo de Avances en psicología clínica y de la salud (Gantiva, 2008) en la línea de investigación de

Adquisición, evaluación, mantenimiento e intervención en salud y enfermedad a lo largo del ciclo vital (Gantiva, 2010) de la Universidad de San Buenaventura sede Bogotá, teniendo en cuenta que uno de los ejes de contenido de esta línea está relacionado con proponer nuevas estrategias de evaluación, para así profundizar en los factores de aparición y mantenimiento de los trastornos mentales- emocionales y la comprensión a lo largo de la vida de los seres humanos (Gantiva, 2008).

Justificación

El suicidio constituye la cuarta causa de muerte violenta en Colombia (Forensis, 2009) y es susceptible de prevenirse cuando se identifican y se controlan los factores de riesgo. Estos factores de riesgos están relacionados con enfermedades mentales y médicas, adicciones, recursos económicos limitados, situaciones de vulnerabilidad social y familiar, factores genéticos y relacionados con el funcionamiento de los neurotransmisores (Mingote, Jiménez, Osorio, & Palomo, 2004). De acuerdo con estos autores, la tasa anual de muertes a causa de suicidio alrededor del mundo está en 8 por cada 100.000 habitantes y en las Fuerzas Militares son algunas de las organizaciones donde se ha identificado la mayor tasa de suicidio. Se reporta que por cada 100.000 integrantes existen 40 casos de suicidio (González, 2009), esto debido a las actividades de alto riesgo a las que se exponen como los altos niveles de estrés, alta exigencia y competitividad, soledad, fácil acceso a armas, manejo de emociones y ansiedad, entre otras.

De lo anterior, surgió la propuesta de la construcción y validación de un banco de reactivos con el fin de construir un instrumento que identifique riesgo suicida en la población militar, ya que esta identificación precoz permitiría darle una intervención oportuna a la situación, formular estrategias para la prevención de este fenómeno e implementar procesos terapéuticos en atención del potencial riesgo identificado. Adicionalmente, el banco de reactivos podrá ser utilizado para la construcción de un instrumento con los objetivos mencionados anteriormente.

Es válido aclarar que en relación con el riesgo suicida en fuerzas militares colombianas, se han realizado indagaciones sobre los factores de riesgo, e inclusive en 1998 el ejército colombiano crea un programa para la prevención de suicidio y otros accidentes que generan bajas en las fuerzas militares, que incluyen una cartilla-guía para la prevención del suicidio; sin embargo, se hizo una búsqueda exhaustiva y no se encontraron específicamente instrumentos que evalúen de manera eficiente y eficaz el riesgo suicida; por lo tanto también es de esta falencia de donde surge la propuesta.

Adicionalmente, con el propósito de realizar un manejo del potencial suicida, en el 2010 se creó en el Ejército Colombiano, una guía de manejo terapéutico de este personal, buscando disminuir la conducta suicida al interior de la fuerza, para apoyar técnicamente al personal de psicólogos en su propósito de dar un adecuado manejo a pacientes que están en riesgo (Tn. Barrios, Tn. Espinosa & Martínez, 2010).

Para el desarrollo de esta investigación fue importante abordar los diferentes autores y sus propuestas teóricas alrededor de este tema, para así comprender mejor este fenómeno y de esta manera tener herramientas que permitieron asumir una mirada holística para la construcción de un banco de reactivos para un instrumento que identifique riesgo suicida en fuerzas militares.

Es importante tener en cuenta, que las consecuencias de no identificar a tiempo los casos de riesgo suicida en las fuerzas militares, van más allá de disminuir los índices de mortalidad, también implica en cierto modo el nivel de afectación que produzca esta situación en la población, ya que dicho fenómeno, puede llegar a desequilibrar el funcionamiento normal de la institución militar, además, del efecto que puede tener a nivel motivacional o emocional en las personas con riesgo suicida (Universidad Nacional de Colombia, 2001).

Teniendo en cuenta lo anterior, es importante revisar la definición de este fenómeno; el suicidio se define como el acto de matarse así mismo, “self-murder” (Holmes, R. & Holmes, S., 2006), esta situación se presenta por diferentes componentes de corte psicológico, biológico, sociológico y cultural del sujeto, pues el suicidio resulta siendo un comportamiento funcional en tanto que da fin a situaciones que le generan sufrimiento y tensión a la persona que las padece, pero está muy mediado por la forma en la que se constituye mentalmente y la forma como cada individuo asume la muerte (Martínez, 2007).

A lo largo de la historia del hombre, el suicidio ha sido abordado desde múltiples teorías y modelos sociales, que han intentado entender la complejidad de este fenómeno, desarrollando así diferentes clasificaciones y tipologías que ayudan de alguna manera a prevenirlo. El suicidio fue definido por la Organización Mundial de la Salud (OMS) (1976) como, todo acto por el que un individuo se causa a sí mismo una lesión o un daño, con un grado variable de la intención de morir; sin embargo, la Asociación Argentina de Prevención de Suicidio (2003) lo define como “un proceso complejo multideterminado. Una manera de vivir que va construyendo un enigma mortal, por condensación, sobre un marco representacional existente. El proceso va mas allá del acto no sólo es el hecho consumado” (Martínez, 2007, p. 19).

Durkheimen (1997) como se cita en González (2002), expone cuatro tipos de suicidio: el egoísta, el cual se enmarca dentro de las motivaciones propias y donde el medio no propicia el acto suicida; el altruista, donde sus reglas y convicciones son tan arraigadas e inquebrantables que ocupan un lugar más importante que su propia vida; el anómico, se presenta cuando el individuo ha perdido su identidad frente a un grupo y se siente extraño a su entorno y; el fatalista, cuando la opresión a la que está expuesto un individuo es excesiva y esto le trae sentimientos de desesperación, melancolía que lo

lleva al suicidio.

No obstante, desde la psicología se han hecho propuestas como la de Wekstein (1979), quien propone nueve tipologías de suicidio: el crónico, relacionado con abuso de sustancias psicoactivas (SPA'S) con una idea de muerte encubierta; el negligente, relacionado con la indiferencia de un individuo frente a los factores que lo hacen vulnerable; el sub intencional, donde las actividades que realiza el sujeto son demasiado arriesgadas pero no autodestructivas; el conclusivo, se presenta cuando el individuo saca una conclusión aparentemente racional para él y por esto decide terminar con su vida; el psicótico, se presenta por la existencia a una enfermedad psiquiátrica; el focal, relacionado con la destrucción de una parte del cuerpo; el automatizado, refiere a situaciones de estrés extremas que llevan a la persona a utilizar SPAS para aliviar la tensión sin una idea de muerte; el accidental, por falta de información o ignorancia se hace un mal uso de herramientas que pueden causar la muerte; y el existencial, depende de la incitación o la destrucción de otra persona (Oliveros, 2007).

Actualmente, la clasificación estadística del CIE-10 para el suicidio está ubicada en las causas externas de morbilidad y mortalidad, como lesiones auto infligidas (OMS, 1993). Pese a que el suicidio sólo se entiende como el acto consumado, hoy por hoy se habla de conducta suicida. Ésta permite hacer un análisis más general de las manifestaciones que están acompañadas con la idea de muerte. Pérez y Reytor citado por la Secretaría de Gobierno (2001), afirma que las formas de conducta suicida son: el acto suicida; entendido como todo hecho en el que el individuo se agrede y se causa una lesión en diferentes grados con una intención letal; la ideación suicida, como aquellas ideas fugaces acerca de la dificultad para vivir la vida que pueden ser transitorias, prolongadas, permanentes, impulsivas o planeadas; las conductas auto destructoras o consientes, son aquellas tentativas de suicidio que podrían ser consumadas; las conductas autodestructivas indirectas o inconscientes que se presentan en diferentes

momentos por mucho tiempo, lo cual hace que no sea reconocido como un acto suicida y; el homicidio-suicidio, es el acontecimiento en el que un sujeto se suicida después de haber matado a otro.

Existen otros conceptos asociados con los tipos de suicidio, por ejemplo el propuesto por Kreitman en 1969, que es el parasuicidio, entendido como el acto que no tiene un desenlace fatal pero donde el individuo se autolesiona, ingiere alguna sustancia pero su fin es obtener consecuencias por su acción (Mingote, Jiménez, Osorio, & Palomo, 2004). También son definidos por otros autores como gestos suicidas, las amenazas ocasionales o recurrentes donde se tienen los medios disponibles para llevar a cabo el suicidio pero no se realiza (Pérez, 1999).

Relacionado con el suicidio están los factores de riesgo que se entienden como toda condición que puede aumentar la probabilidad de desarrollar una enfermedad o en este caso una conducta. Para el estudio de este fenómeno es necesario identificar y analizar los factores de riesgo de una conducta suicida, puesto que de estos depende la posibilidad que una persona sea o no vulnerable a cometer una conducta suicida, algunos de los factores que están relacionados con trastornos mentales son: desórdenes afectivos, depresiones, trastorno bipolar asociados a pensamientos negativos asociados a la desesperanza e inadecuadas habilidades de afrontamiento, esquizofrenia (en un 10 al 15%), trastornos de personalidad asociados al límite y al antisocial (en un 37%) , trastornos por consumo de sustancias, trastornos de control de impulsos, entre otros (Tc. Barrios, Tn. Espinoza, Martínez, 2010) . En una investigación realizada por Tuesca (2003), que tenía como objetivo describir y analizar el perfil epidemiológico y los factores asociados al intento de suicidio, se encontró que en un 89.8% la depresión es el mayor factor de riesgo suicida, seguido por 59% relacionado con problemas de ansiedad.

Según la literatura, asociados al suicidio existen también factores sociodemográficos como la edad, donde los índices más altos están entre un

rango de 60 a 70 años y 15 a 34 años, el sexo, donde existe mayor prevalencia en hombres con un 80% de mortalidad tres veces superior al de mujeres, aunque las mujeres tienen una prevalencia mayor en intentos suicidas (American Association of Suicidology, 1992).

Influye de igual modo el estado civil, donde hay una prevalencia de personas solteras, viudas o divorciadas; por otro lado el nivel cultural y socio económico también son importantes, puesto que se ha encontrado que el suicidio consumado es más propio de las clases altas y los intentos suicidas son más frecuentes en las clases bajas. Lo anterior relacionado con el tipo de actividades y situaciones estresantes que vive cada uno desde su condición socioeconómica. También se ha asociado al contexto laboral en relación a situaciones como el desempleo o el estrés en el trabajo, secundariamente la ocupación y las herramientas de trabajo pueden llevar a que una persona sea también un potencial suicida, por ejemplo quienes prestan el servicio militar obligatorio son personas que por su ocupación y su fácil acceso a diferentes tipos de armas tienen un alto nivel de probabilidad de presentar una conducta suicida, además que la combinación de diferentes factores de riesgo aumentan aún más el grado de vulnerabilidad (Mahon, 2005).

Los factores ambientales también se han relacionado con la conducta suicida, en lo que respecta a los cambios climáticos se identificó que las diferentes estaciones incrementan la tasa de suicidio por países, por ejemplo, en Chile el aumento se da para el invierno en un 41, 18% seguido por el otoño con un porcentaje de 23,05% (Stefoni, 2000); por otro lado, la religión, en términos de protección y adoración, y, la emigración, por las dificultades que supone el desarraigo afectivo y cultural, además de las dificultades de integrarse económica y socialmente en el nuevo país o ciudad (Mingote, Jiménez, Osorio, & Palomo, 2004).

Los factores biológicos relacionados con los niveles de serotonina bajos, disminución de dopamina y de ácido homovalínico (HVA) y niveles elevados de corticoides, se han hallado en días previos al suicidio.

Igualmente, los factores familiares, son muy importantes puesto que se ha comprobado que entre 6 % y el 10,4 % de los sujetos que se han suicidado tenían un pariente suicida, predominando en un 50% hermanos, y en un 7,5 % familiares en segundo grado, además, se resalta la importancia del factor hereditario de enfermedades mentales; lo anterior soporta el carácter hereditario de este tipo de conductas (American Association of Suicidology, 1992); otro aspecto desde el área biológica, es el estado físico del sujeto, pues se ha demostrado que entre el 25% y el 75% de suicidios consumados, padecían alguna afección somática, entre las que se encuentran sida, cáncer, enfermedades cardiovasculares y enfermedades del sistema nervioso (Tc. Barrios, Tn. Espinosa y Martínez, 2010).

También es importante tener en cuenta los intentos de suicidio, que pueden ser definidos como una acción potencialmente autodestructiva con un desenlace no fatal, en el cual existe evidencia de que un individuo atentó contra su vida; estas personas intentan lastimarse realizando acciones auto-líticas pero no tiene como objetivo morir (Gómez & Cols, 2000).

Entre los factores que pueden aumentar la probabilidad de presentar una conducta suicida se encuentran, la presentación de diversas situaciones personales y/o sociales en conjunto de factores genéticos, biológicos, variables sociodemográficas, psiquiátricas y psicosociales que elevan la probabilidad que una persona cometa un acto suicida (Blumenthal & Kupfer, 1986) citado por Montalban, (1997). Estos factores se pueden clasificar en proximales y distales, los primeros hacen referencia a las situaciones que aumentan el riesgo de vulnerabilidad, estando relacionadas directamente con el acto suicida; la segunda, se refiere a las bases sobre las que se construye un comportamiento suicida, es decir, que son todos los factores familiares, biológicos y psiquiátricos que por sí solos aumentan la probabilidad de una conducta suicida (Montalban, 1997).

En relación con lo anterior, existen algunos factores determinantes al momento de evaluar la población militar con respecto al riesgo suicida, entre

estos se destacan: la existencia de trastorno mental, alcoholismo y consumo de drogas, conductas suicidas, fácil acceso a armas, antecedentes familiares de suicidio y eventos estresantes en la vida (Gómez, Sánchez, Gúzman & Pinzón, 2000). En la investigación de Stefoni (2000) en la cual se pretendía encontrar las diferencias entre las tasas de suicidio en población civil con respecto a la población militar, y conocer los factores de riesgo que hacían más vulnerables a esta última, se verificaron los factores mencionados por Gómez & Cols (2000) como los intentos previos, ya que mostraron una incidencia relevante en la presentación del suicidio en las fuerzas militares.

En una investigación realizada por Beautrais & Cols, (1996) se encontró que el suicidio tiene una gran relación con la presencia de los trastornos mentales, ya que en autopsias psicológicas que han sido estudiadas se encontró que en un 90% tenían uno o más trastornos psiquiátricos (García & Peralta, 2002). Los trastornos mentales fueron definidos por la OMS (1990) como un patrón psicológico de significación clínica que puede aparecer vinculado a un malestar o a una discapacidad; es una alteración de los procesos cognitivos y afectivos del desarrollo que se traducen en trastornos del razonamiento, del comportamiento, de la comprensión de la realidad y la adaptación a las condiciones de la vida; pueden ser ocasionados por factores ambientales, biológicos y psicológicos.

Montalbán (1997) menciona que el alcohol y el consumo de sustancias psicoactivas es un factor de riesgo para el suicidio además de ser un factor precipitante, puesto que el consumo de estas sustancias altera la percepción y las funciones cognitivas de los sujetos, y asociados a otros factores de riesgo este puede ser el precipitante, además, se ha comprobado que del 25 al 50 por ciento de las personas que se suicidan presentaron un abuso de alcohol. También, Slaikeu (1988) refirió el alcohol como factor de riesgo en tanto su efecto genera un alto nivel de desinhibición aumentando la impulsividad.

La conducta suicida enmarcada dentro de los factores de riesgo, es

entendida como idea suicida, intento suicida y acto consumado; fue establecida como un factor de riesgo por Montalbán (1997), puesto que la existencia de actos autolíticos previos es la evidencia más relevante de futuros suicidios. La prevalencia de actos autolíticos previos tienen 40 veces más riesgo que el resto de la población, también se encontró que el 80 por ciento de las personas que en el intento fallaron, la siguiente vez utilizaron métodos más letales (Isomets & Ailonnquist, 1998. Suokas & Cols, 2001 como los cita Garcia & Peralta, 2002). Es importante tener en cuenta que la idea suicida no es solo un carácter persistente, fijo u obsesivo, sino también la expresión de esa idea de manera verbal o escrita; adicionalmente, lo anterior va unido con la presencia de intentos de suicidio previos los cuales resultan ser uno de los factores más importantes que afectan el riesgo de suicidio futuro. En el congreso latinoamericano de educación (2007) en relación con el suicidio o los indicadores de riesgo de este fenómeno, se encontró que un tercio de las personas que se suicidaron, habían tenido intentos previos, y se estableció este factor como uno de los más importantes a la hora de evaluar si existe riesgo suicida (Aja, 2007).

Otro factor de riesgo es el fácil acceso a armas, puesto que se considera que la mayoría de los suicidios cometidos al interior de los regimientos militares, son ocasionados por armas de fuego, en tanto el soldado puede pasar solo largos periodos de tiempo con su arma cargada durante el tiempo de guardia (Stefoni, 2000). En una investigación que se realizó en Italia en el periodo de 1986 a 1998 donde se suicidaron 206 soldados de las fuerzas armadas de Italia, el 66,53 por ciento se suicidaron con armas de fuego (Mancinelli & cols, 2002).

También hay que dar importancia a los antecedentes familiares del suicidio, debido a que se encontró que la historia familiar de suicidio previo de un suicida está altamente relacionada, aunque se tiene duda que haya una transmisión genética de este fenómeno. En 1992 la American Association of Suicidology reveló que entre un 6 % y un 10, 4 % de las personas que se

suicidan han tenido uno o más familiares que se suicidaron, además, es importante que en este factor se tenga en cuenta lo relacionado con la comorbilidad de un trastorno mental que pudo ser transmitido de manera congénita. Adicionalmente, se tiene en cuenta la salud física, los niveles de dopamina, corticoides y serotonina.

Stefoni (2000), en relación con los eventos estresantes afirma que los soldados dentro del régimen son más vulnerables a un suicidio en tanto se suman problemas económicos, rupturas o discusiones con la pareja, agravado por el hecho que tienen que esperar un tiempo determinado para recibir un próxima visita o salir y tener contacto con sus familiares, además de crisis familiares, como la pérdida de un miembro de la familia, estando dentro de una institución militar.

Las personas que por circunstancias ocupacionales y laborales se encuentran aisladas o encerradas, como los hospitalizados, encarcelados y los soldados, se encuentran en riesgo suicida debido a este aislamiento, y por la carencia de una red de apoyo como lo son la familia, los amigos y la pareja (Maris (1997) como se cita en Aja, (2007)).

Teniendo en cuenta que la conducta suicida se está presentando cada vez más, y en mayores proporciones en la población militar, es importante hacer referencia al concepto de epidemiología; esta ha sido entendida como el grado de prevalencia que tiene una persona con relación a un fenómeno respecto a la población total, por lo tanto, tenerla en cuenta en esta investigación es importante, puesto que ayuda a ver el desarrollo del fenómeno, en términos del riesgo y de la prevención. Desde la epidemiología del suicidio, al 2008, la OMS determinó que un millón de personas muere en el mundo por día a causa del suicidio, representando una tasa de mortalidad anual del 14.5% por cada 100.000 habitantes (OMS, 2008). Sin embargo, resulta alarmante que para el 2009 se haya incrementado la cifra a tres millones de suicidios al día (OMS, 2009).

Colombia se encuentra entre los países con un nivel medio de índice de suicidio, con una frecuencia de 5,02 por cada 100 mil habitantes, siendo ésta la cuarta causa de muerte violenta en el país (Ministerio de Salud, 2000 como se cita en Sanchez, Orejarena, & Guzmán, 2004). Se sabe que a nivel nacional, la tasa de suicidios corresponde a un suicidio cada cuatro horas, siendo el principal mecanismo la intoxicación (31%), seguido por las de arma de fuego (30%) y el ahorcamiento (27,3%) (Cocha, 2002).

En un reporte del Instituto de Medicina Legal en el año 1994, se determinó que el suicidio era la principal causa de muerte en personas de 15 a 45 años de edad, después del homicidio y la muerte accidental. Posteriormente en 1998, hubo un incremento del 21% con respecto al año anterior equivalente a 5 casos por cada 100 mil habitantes; el 77% fueron hombres, de los cuales la causa de muerte se divide entre muertes accidentales, intoxicación, traumatismos, accidente de trabajo, suicidios crónicos, asfixias, entre otros (Restrepo, 2002).

En Colombia en el año 2007 se presentaron 1771 suicidios, en el 2008 se presentaron 1841, y en el 2009 se reportaron 1875 casos; sin embargo, la tasa de suicidio se mantiene estable en 4 suicidios por cada 100.000 habitantes (Forensis, 2009), (Ballesteros & Pinzón, 2008).

Como se mencionó anteriormente, un fenómeno como el suicidio, afecta diversas poblaciones con características muy variadas; entre estas, están los militares que prestan el servicio militar obligatorio, quienes según reportes de la oficina de psicología militar de la dirección de sanidad del ejército registró 85 casos de suicidio con una prevalencia mayor en soldados regulares y una prevalencia menor en suboficiales y oficiales (Tc. Barrios, Tn. Espinoza & Martínez, 2010).

Con el fin de apoyar la información mencionada anteriormente y de identificar los algunos factores que riesgo, se revisaron 14 autopsias psicológicas del año 2010 de Sanidad Militar, puesto que se ha encontrado

que la autopsia psicológica es un método que permite investigar retrospectivamente las características de la personalidad y las condiciones que en vida tuvo un individuo, teniendo como objetivo acercarse a la comprensión de las circunstancias de su muerte, además, la autopsia psicológica reconstruye los rasgos más sobresalientes de la vida de un individuo para obtener una comprensión psicológica acerca de quién era, el por qué de algunas situaciones se presentaron en su vida y en general qué papel jugaron sus rasgos en las circunstancias de su muerte (Jiménez, 2001).

En las autopsias psicológicas se encontró que de los 14 militares, 12 utilizaron armas de fuego como método para quitarse la vida, 1 se suicidó por ahorcamiento y otro se envenenó; de estos, 8 eran soldados regulares, 2 sargentos, 1 suboficial y 3 soldados profesionales; un aspecto de salud importante de tener en cuenta son las enfermedades médicas, donde se encontró que 2 tenían VIH sida, y uno de ellos se quitó la vida por esta razón; a nivel de rasgos de personalidad se identificaron algunas conductas agresivas, depresivas, dificultad en el control de impulsos, celotipia, aislamiento social, dependencia y baja tolerancia a la frustración; como datos significativos en antecedentes de problemáticas psicológicas y en lo relacionado al consumo de sustancias psicoactivas, 2 al momento de suicidarse estaban bajo efecto del alcohol, y otros 2 eran consumidores ocasionales de marihuana y perico; en la totalidad de las autopsias solo 1 presentó conducta suicida (ideación suicida e intentos previos); adicionalmente, los aspectos más representativos que favorecieron el acto suicida, estaban relacionados en primer lugar con problemas de pareja y/o familia, luego con problemas económicos y jurídicos y finalmente otros tipos de problemas como, las dificultades en la adaptación a la vida militar y la vivencia de eventos traumáticos (víctimas de ataques terroristas); el rango de edad de los militares que se suicidaron estaba entre los 19 y los 42 años.

En una investigación realizada en Santiago de Chile por Stefoni en el año 2000, se buscaba hacer una comparación entre el suicidio en jóvenes

civiles y jóvenes que prestaban servicio militar obligatorio, y se encontró que entre el año 1991 y año 1999, 20 jóvenes soldados se suicidaron y el mayor incremento fue entre los años 1996, 1998 y 1999. Los datos obtenidos en esta investigación mostraron que 18 de los casos usaron armas de fuego y 2 fueron por ahorcamiento, además, se encontró que el suicidio en soldados es levemente mayor que en los jóvenes civiles; sin embargo, se encuentra una diferencia relevante en los métodos puesto que los jóvenes civiles se suicidaron por medio de la intoxicación.

Entre los años 2003 y 2006 murieron 2321 soldados estadounidenses enviados a Irak, de los cuales el 1833 murieron en combate y 488 debido a suicidio, adicionalmente se ha comprobado que entre las tropas americanas, el personal militar que más se suicida pertenecen a la marina y el que menos lo hace son las fuerzas aéreas, triplicando el porcentaje de la segunda (Preston, 2006). Para el 2003, el índice de suicidio de los soldados americanos en Irak y Kuwait, fue del 17,3 por cada 100.000, en comparación al periodo comprendido de 1995 al 2002 que fue del 11, 9 para todo el ejercito (Peña & Cols, 2007).

Por otro lado, en las Fuerzas Armadas Canadienses, el 40.9% se suicidó con armas de fuego y explosivos, el 27.3% ahorcándose, el 13.6% utilizó venenos y monóxido de carbono. El 18.2% utilizó métodos menos comunes como sobredosis de drogas, quemados con gasolina, envenenados, armas corto punzantes, entre otros; también hubo casos de homicidio-suicidio (Wong, 2001).

En el estudio realizado por Mancinelli & Cols (2002), en las fuerzas armadas Italianas, entre 1986 y 1998, donde pretendían medir la tasa de suicidios en las diferentes fuerzas militares, se encontró que con 84 suicidios en los carabinieri, fue la tasa más alta, seguido por 76 suicidios en el ejercito, 27 suicidios en las fuerzas aéreas y 19 en la armada.

En un reportaje de la NBC News (2009) se revelaron las cifras de los

últimos cinco años de los suicidios al interior de las Fuerzas Armadas estadounidenses. Las cifras son alarmantes puesto que ha habido un incremento significativo. En el año 2005 se confirmaron 87 víctimas, en el 2006 aumentó a 102, para el 2007 fueron 115 y al 2008 128 casos (Kube, 2009).

Para Noviembre del 2009, la Armada de los Estado Unidos de Norte América en un comunicado de prensa reporta que por los últimos cinco años consecutivos, hubo un incremento en los suicidios en su interior, con un record de 147 suicidios en un año, que ha sido el índice más alto desde 1980 en el cual se inició esta entidad. Debido a estas alarmantes cifras, esta institución, de mano con el Instituto Nacional de Salud Mental de los Estados Unidos, implementó un programa llamado “*Comprehensive Soldier Fitness Program*”, el cual consiste en que a través del ejercicio, los soldados descarguen las tensiones a las cuales son sometidos mientras están en el servicio militar; a partir de este programa no sólo se espera disminuir el riesgo suicida, sino mejorar también las relaciones entre sus pares y superiores (Documento de las fuerzas Armadas de los EEUU, 2010).

En las Fuerzas Armadas Colombianas, los uniformados que se han suicidado están entre los 18 y 23 años de edad, prestando servicio militar obligatorio, con causas como lo son la ansiedad, soledad, irritabilidad y pesimismo. Alrededor de 6 integrantes de las fuerzas armadas se quitan la vida cada mes. En reportes de un periódico nacional en los primeros cinco meses del 2009, se presentaron 18 casos de suicido en la policía, mientras que en el 2008 hubo 26 suicidios. En el Ejército, el año 2009 murieron 33 soldados en esas circunstancias. Por esto, la Policía entrena a sus integrantes para que puedan detectar señales que los están afectando invisible y silenciosamente. Se trata de comportamientos como la soledad, el pesimismo, la irritabilidad y la ansiedad, entre otros, que cuando se presentan con frecuencia son característicos de la conducta previa al suicidio, un mal generalizado en la sociedad y que está golpeando cada vez con más

frecuencia a la fuerza pública (El Tiempo, 2010).

La conducta suicida dentro de las fuerzas armadas en el mundo se ha tratado de controlar y disminuir por medio de diferentes programas de prevención y tratamiento, en conjunto con entidades de salud mental. En 1998 el departamento de Defensa de los Estados Unidos solicitó un servicio para realizar una autopsia psicológica a los casos de suicidio donde se reportaran las condiciones y atribuciones que llevaron a cometer este acto, en donde sus causas no estaban determinadas. A partir de esta necesidad y de las inquietudes con los antecedentes a los suicidios, los autores del estudio proponen una alternativa diferente de cómo hacer el reporte de la autopsia psicológica a través de la implementación de un instrumento en el que se buscaba recoger la misma información de la autopsia psicológica pero estandarizada en formatos estructurados y que acelerará el acceso a la información para mantener así la parcialidad en la información recolectada. Este instrumento es conocido como el “*DONSIR (Department Of the Navy Suicide Incident Report)*” y fue diseñado por un grupo de psicólogos afiliados a la naval, centros investigativos y la Asociación Americana de Suicidología, entre otras entidades; este instrumento incorpora conocimiento de los factores de riesgo, las clases de variables que influyen y especialmente características de la vida individual militar de cada sujeto (Hourani, 2001).

El *DONSIR* se divide en dos secciones, la primera se denomina información de la víctima o baja militar, son ítems donde se encuentra toda la información del hecho. La segunda, se llama reporte personal de la víctima, que está centrado en todas las fuentes de datos de las personas que convivieron con la víctima incluyendo sus pares, la familia, su estado emocional, el récord de servicio militar y algunos antecedentes médicos; se da cabida a la autopsia psicológica, toxicología y los reportes de investigación. Los ítems que se encuentran en el *DONSIR* son de tres tipos: los cualitativos, cuantitativos, y narrativos. Dentro de estos se encuentran las entrevistas, la identificación de factores de riesgo, también algunos ítems que

resultan más eficaces midiéndolos de forma numérica y estresores o eventos que rondan días antes de cometer el acto suicida. Esta prueba también cuenta con una sección donde se le explica al sujeto la información para completar este instrumento (Hourani, 2001).

Por otro lado, en el año 2003, el Ministerio de Defensa de los Estados Unidos de Norte América implemento un kit de tarjetas guía de cuidados primarios para militares con riesgo suicida, este kit presenta algunos datos sociodemográficos, estresores y algunas patologías relacionadas con el riesgo suicida. También ofrecen algunas formas de comunicación y de apoyo para que las personas que conviven con posibles suicidas tengan herramientas para hacer un acompañamiento (Ministerio de Defensa de los Estados Unidos, 2003).

Las herramientas mencionadas anteriormente, no constituyen específicamente instrumentos para identificar riesgo suicida en las fuerzas militares, sino que son herramientas que sirven para prevenirlo; el DON SIR ofrece información acerca de los factores de riesgo que hacen más vulnerable a un sujeto de cometer el acto suicida, además, que permite elaborar las autopsias psicológicas de una manera más organizada y estandarizada. Por su parte las tarjetas de primeros auxilios, son herramientas que se dan a los pares militares con algunos criterios que permitirían la identificación de sus compañeros en caso de estar en riesgo.

Secundario a la base conceptual del suicidio y teniendo en cuenta el objetivo de esta investigación, se requirió retomar el concepto de psicometría, puesto que es una de las áreas que aborda desde la medición el riesgo suicida; es definida por Cerda (1978, p. 1) como “un conjunto de métodos e instrumentos de medida que se utilizan para la investigación, descripción y comprobación de datos sobre el comportamiento”. Ésta permite transformar hechos en datos cuantificables. Adicionalmente, ayudó a construir unos ítems para un instrumento con características específicas que midiera el riesgo suicida, y que tuviera un nivel de validez de contenido que respaldara que

realmente midiera lo que se pretendía medir. Como efecto subsiguiente, esto posibilita el hecho no solo de llegar a un acuerdo estandarizado sobre los posibles indicadores que describan esta conducta, sino de acuerdo con los planteamientos de Oliveros (2007), también permite contribuir a clasificar y ofrecer servicios personalizados teniendo en cuenta el nivel del riesgo en el que se encuentra la persona valorada durante la medición.

En relación con lo anterior, es importante tener en cuenta el desarrollo de la medición y como ésta juega un papel fundamental en la psicometría y en la construcción de nuevos instrumentos para medir fenómenos que no son directamente observables; Nunnally (1987), citado por Aliaga (2006), afirma que la medición consiste en la asignación de números a objetos que representen atributos o cualidades. Y de ahí se da origen a los test psicométricos, que son las herramientas usadas para la medición de los atributos y la magnitud de los diferentes fenómenos psicológicos. Estos test están compuestos por una serie de ítems seleccionados y organizados para que al ser aplicados a un individuo, este proporcione una serie de reacciones registrables en su duración, complejidad, forma, expresión y significado.

Todo instrumento cuenta con una serie de parámetros que guía su construcción y que son fundamentales para llevar a cabo proceso sistemático y científico; en primer lugar, se identifica qué se va a medir, luego se describe el propósito para el que se utilizará la información que arrojará el instrumento; en tercer lugar, se deben identificar las restricciones con las que operará el instrumento teniendo en cuenta diferentes variables como el tiempo, las situaciones o medios que se utilizan durante la aplicación. Posteriormente se identifican las conductas observables que representan el constructo que se quiere medir, una vez reconocidas, se organiza el conjunto de contenidos específicos que serán los temas a cubrir para evaluar el fenómeno de interés, así mismo se señalan las proporciones de los ítems para cada uno de los aspectos que se pretenden medir. Seguido a esto se especifica el formato de los ítems del test donde se establece los materiales, el tipo de respuesta y el

procedimiento de puntuación (Martínez, 1996).

Para el diseño y la construcción de un instrumento existen dos cualidades que permiten darle seguridad y consistencia a la prueba, estos son la confiabilidad y la validez, puesto que permiten someter a evaluación los diferentes ítems construidos, para saber que tan pertinentes son para el estudio planteado, así como también permite identificar si cada ítem desempeña la función requerida para cada dimensión.

Concepto de confiabilidad. Según Aiken (1996), se puede definir como la consistencia de la puntuación que arroja un test psicológico, la precisión con la que el test mide lo que pretende medir (Anastasi, 1982), sin embargo, una definición más precisa es la propuesta por Cohen y Swerdlik (2000) que dice que es el grado en que la aplicación repetida del test al mismo sujeto, produce una puntuación igual o parecida en todas las aplicaciones. Una prueba carece de confiabilidad cuando en aplicaciones diferidas hechas al mismo sujeto se obtienen medidas con una variación significativa. En la falta de confiabilidad de un test psicométrico se identifican dos tipos de errores; el primero se denomina, error constante o sistemático: que se produce cuando las mediciones que se obtienen con una escala son sistemáticamente mayores o menores que lo que realmente deben ser. La segunda es error causal o no sistemático, que se produce cuando las medidas son alternativamente mayores o menores de lo que realmente deben ser. Este está relacionado con la salud, la motivación, tensión emocional, fluctuaciones de la memoria, condiciones externas de luz, humedad, distracción por problemas del momento, entre otros factores que afecten la aplicación. Dentro de la confiabilidad existe el coeficiente de confiabilidad que se define como una estadística utilizada para describir el grado de fiabilidad de las puntuaciones de pruebas de un grupo de examinados; este abarca valores desde cero a uno y cuanto más se acerque el coeficiente a uno, más confiable es la prueba.

Algunos métodos básicos que se utilizan para establecer la estimación

del coeficiente de confiabilidad son: Método de Formas Paralelas, que consiste en disponer al menos dos conjuntos de medidas paralelas de los mismos sujetos para calcular la correlación entre las dos series (estas formas paralelas pueden variar igual o muy similarmente). Otro de los métodos utilizados es el procedimiento Test-Retest, el cual pretende realizar la aplicación del mismo test en dos momentos diferentes a la misma muestra, la correlación entre las puntuaciones de los dos momentos de aplicación es un estimador de coeficiente de confiabilidad, si un sujeto obtiene la misma puntuación en las dos aplicaciones tendrá una correlación de uno, arrojando una confiabilidad perfecta y el último método de estimación de confiabilidad, es el procedimiento basado en una única aplicación del test, este se utiliza cuando no es posible realizar una aplicación repetida del test o estimar la confiabilidad de forma paralela con el fin de generalizar las respuestas del test (Martínez, 1996).

Concepto de validez. El concepto de validez que propone Aliaga (2005), es un juicio evaluativo en que la evidencia empírica y teórica respalda que el test mida realmente el constructo que se propone y que además tiene en cuenta el contexto donde se realiza la aplicación. Adicionalmente la validez respalda lo apropiado de la interpretación de los test y de las acciones reflejadas en los puntajes del mismo. Gómez y Sánchez (1998) como se cita en Lamprea & Gómez en el (2007) proponen otra definición muy clara de validez que dice que “es el grado de confianza que se podemos tener de que la medición corresponde a la realidad del fenómeno que se está midiendo”.

La conceptualización de la validez se da por medio de tres categorías fundamentales, la primera es la Validez de Contenido, la cual se refiere a la adecuación de los ítems de un test en cuanto muestran un dominio más amplio de ítems representativos midiendo un constructo o una conducta. El propósito de un estudio de validez es establecer el grado en que el conjunto de ítems del test representan adecuadamente las conductas y a su vez el constructo del interés específico; esta validación requiere de una examen

sistemático del contenido del test para así determinar si realmente es una muestra relevante y representativa del comportamiento que se pretende medir (Martínez, 1996).

En la validez de contenido se siguen las siguientes fases: en primera fase se definen las especificaciones del test con el cual se construirán los ítems, se debe tener claro que área del contenido se va a cubrir, luego plantear los objetivos instruccionales y que procesos se van evaluar, finalmente cual es la importancia de evaluar esos temas. En la segunda fase, se deben identificar los expertos en el área de interés del test, para que en la tercera fase ellos emitan un juicio acerca del grado en que el contenido del instrumento es significativo dentro de dicha temática, esto se hace por medio de un procedimiento que empareja los ítems con las áreas que se pretenden medir, finalmente en la fase cuatro se hace un análisis más cualitativo, donde los jueces emiten un juicio de valor y se hace un resumen acerca de los resultados obtenidos para así tener la validez de contenido (Martínez, 1996).

Para la validación de contenido de un banco de reactivos se puede usar como estrategia adicional a la validación por medio de jueces expertos, la validación por medio del coeficiente de razón de validez de contenido CRVC (Lawshe, 1975). Este último es un modelo matemático que utiliza la opinión de una muestra de jueces con el objetivo de identificar si el ítem es pertinente o no para el medir el constructo bajo estudio.

Para realizar la aplicación del coeficiente de razón de validez de contenido es necesario tener en cuenta: las características de los jueces, seleccionar la muestra de jueces quienes evaluarán los ítems, administrar el instrumento o banco de reactivos a los jueces, hallar el coeficiente de validez de contenido y eliminar del instrumento todos los ítems que no cumplen con el criterio establecido; una vez realizado este procedimiento se aplicara el CRVC, expresado en la siguiente formula (Lawshe, 1975):

$$CVR = \frac{n_e - N}{N}$$

La segunda categoría corresponde a la validez de constructo, y es fundamental teniendo en cuenta que la psicología como ciencia estudia la conducta, los atributos que la caracterizan y los procesos mentales que no pueden ser directamente medibles; por lo tanto esta validez, es un juicio acertado de las inferencias extraídas de la puntuación de una prueba con respecto a diferentes posiciones individuales en una variable denominada constructo, éste es una idea científica con la que se describe o explica un comportamiento (Cohen & Swerdlik, 2000).

En esta investigación, es importante tener en cuenta la validez de constructo, puesto que en este proceso se determina la eficacia del posible instrumento que se puede constituir con el banco de reactivos. Por lo tanto vale la pena mencionar las fases que propone Martínez (1996) para la validación de constructo, que consisten en:

Para la validación de constructo, existen cuatro fases; en la primera se debe formular una o más hipótesis sobre las relaciones entre los elementos del constructo, con otros constructos de la teoría y con otros constructos internos. Estas hipótesis deben estar basadas en la teoría que sustenta el constructo. En la segunda fase se seleccionan los ítems o los indicadores observables que representan las manifestaciones del constructo. En la fase tres, una vez recolectados los datos empíricos se ponen a prueba las hipótesis. Y finalmente en la fase cuatro, se establece la consistencia entre los datos y las hipótesis, y se examina hasta qué punto los resultados pueden explicarse a través de explicaciones alternativas (Martínez, 1996).

La tercera categoría se refiere a la validez predictiva o validez de criterio, que consiste en estimar alguna conducta criterio que es externa al instrumento de medida. Se determina correlacionando los puntajes en el predictor con los puntajes del criterio, el tamaño de la correlación indica la

validez predictiva (Nunnally, 1995)

Otros autores plantean una cuarta categoría que se refiere a la validez de apariencia, que consiste en que a través de jueces expertos se determine si en su concepto el instrumento en apariencia mide lo que se propone medir, y logra que la persona identifique que elemento le están evaluando con el instrumento (Lamprea y Gómez, 2007). Lo anterior, toma importancia en esta investigación, en tanto el banco de reactivos puede ser utilizado para la construcción de un instrumento con estas características y que este tenga una consistencia tanto teórica como psicométrica. Por esta razón, en la medición de los diversos fenómenos psicológicos surge la necesidad no sólo de crear instrumentos sino, de crear métodos eficaces, que optimicen y garanticen los resultados y la validez de dichos instrumentos.

A partir del objetivo de esta investigación, es necesario tener en cuenta las características básicas de la formulación de los reactivos, por tanto una vez establecidos los objetivos y las dimensiones, se procede a la construcción de los ítems o preguntas, comenzando por identificar el tipo de cuestionamiento que se va a utilizar y luego por verificar la manera de formulación. Existen 4 tipos generales de pregunta que son: cerradas dicotómicas que corresponden a las que dan sólo opción a dos respuestas, sí o no y, en su caso, no sé/no contesta; cerradas politómicas o categorizadas que presentan como respuestas una serie de alternativas entre las que el encuestado debe elegir una alternativa o, en su caso, varias; las numéricas, donde se solicita que la respuesta se exprese en forma de número; y las abiertas que sólo contienen la pregunta, dejando completa libertad al sujeto en la respuesta (Murillo, 2004). En el caso específico de esta investigación se utilizará una respuesta de tipo numérica, asociado a las escalas tipo Likert.

Para el planteamiento de los ítems de un banco de reactivos se debe tener en cuenta que no se tenga influencia en el sentido de la respuesta y que no incite a una respuesta inexacta que no corresponda a la información requerida.

Según Murillo (2004) la mejor regla para la formulación de preguntas es la utilización del sentido común, y si viene con la experiencia, es mejor. Las reglas clásicas para la formulación de reactivos son las siguientes:

1. Las preguntas han de ser sencillas y redactadas de tal forma que puedan comprenderse con facilidad por las personas a las que van destinadas.

2. Intentar que sean lo más cortas posibles. A medida que la longitud de la pregunta se extiende se aumenta la probabilidad de que el evaluado pierda la concentración y dé respuestas aleatorias.

3. Deben estar formuladas directamente en relación con el tema de interés.

4. Redactarlas preferiblemente de forma personal y directa, no impersonal.

5. Formularlas en forma neutral, o como mucho, positivo, nunca negativo.

6. Han de estar formuladas de forma que no levanten prejuicios.

7. Las preguntas deben exigir sólo una respuesta, evitar preguntas que contengan dos o más cuestiones en ella.

8. No hacer preguntas embarazosas ni deben ser indiscretas salvo que sea estrictamente necesario.

9. Habrán de estar hechas de forma que contestan directa o inequívocamente al punto de información deseado.

10. No utilizar palabras abstractas o confusas, ni tampoco de tipo valorativo.

11. Tener en cuenta en el evaluado: sus conocimientos, posición, etc. Todas las preguntas deberían tener en cuenta el contexto de los que

responden.

12. No hacer preguntas que obliguen a esfuerzos o cálculos mentales, en ese caso debe facilitarles la labor.

Como ya se mencionó, esta investigación utiliza una de las escala tipo Likert, la cual ofrece una afirmación al sujeto y se pide que la califique del 0 al 4 según su grado de acuerdo con la misma. Estas afirmaciones pueden reflejar actitudes positivas hacia algo o negativas. Las primeras se llaman favorables y las segundas desfavorables. Es muy importante que las afirmaciones sean claramente positivas o negativas, toda afirmación neutra debe ser eliminada. Un ejemplo de posible respuesta para esta escala es:

1. Nada de acuerdo
2. Algo en desacuerdo
3. Ni acuerdo ni desacuerdo
4. Algo de acuerdo
5. Completo desacuerdo

Los pasos para la construcción de una escala tipo Likert son: definición del rasgo o actitud; redacción de los ítems y planteamiento de un supuesto de una hipótesis de validación; análisis de ítems a través de evaluación por jueces expertos; y análisis y correcciones complementarias (Ramírez de la Roche, 2007).

Para la construcción del banco de reactivos se estableció que el tipo de pregunta que se iba a utilizar es cerrada politómicas, puesto que al evaluado se le presentan varias alternativas para que haga una elección de la que más le parezca; se escogió la escala tipo Likert porque permite seleccionar los ítems basado en su poder discriminativo, esta escala está centrada en la opinión del sujeto lo cual permite ubicarla en un determinado punto, y finalmente porque este tipo de escalas mide la actitud que tiene una persona

frente a un fenómeno determinado desde tres componentes que son el cognitivo, el conductual y el emocional, los cuales van de la mano con el riesgo suicida (Padua, 2000 como se cita en Ramírez de la Roche, 2007).

Teniendo en cuenta las bases teóricas de este fenómeno y los altos índices de suicidio en las fuerzas militares de diferentes países y específicamente en Colombia, surgió la necesidad de proponer la construcción de un banco de reactivos para un instrumento que identifique riesgo suicida, pues una vez el constructo de la conducta suicida se puede medir, es posible estimar el riesgo de este, para así identificar oportunamente los factores que hacen vulnerables a estos individuos, y de esta manera contribuir al abordaje y la disminución de la tasa de mortalidad por este hecho.

También se puntualiza el tratamiento de los ítems para seleccionar los que se incluirán de forma definitiva en el banco de reactivos, que en esta investigación se llevó a cabo a través de unos rangos estándares establecidos para ubicar según los criterios de los jueces el ítem en una categoría de excelente, bueno, regular, deficiente y eliminado; lo anterior se complementó con la aplicación de la fórmula del coeficiente de razón de validez de contenido. Además, se debe identificar la población a medir, que en este caso fueron los integrantes de las fuerzas militares. Posteriormente, se estiman los todos los estadísticos de validez y confiabilidad necesarias para sustentar la efectividad del banco de reactivos (Martínez, 1996).

Con base en lo anterior, esta propuesta de investigación plantea como pregunta: ¿Cuál es el nivel de validez de los ítems elaborados para la conformación de un banco de reactivos para la elaboración de una prueba que identifican riesgo suicida en población militar?

A continuación se describen las dimensiones de estudio con las cuales se establecieron los criterios de evaluación del banco de reactivos.

Definición de las dimensiones de estudio

Con el propósito de abordar el riesgo suicida en fuerzas militares, y con base en las investigaciones y planteamientos teóricos antes descritos se asumieron las siguientes dimensiones:

Trastornos mentales: patrón psicológico de significación clínica que puede aparecer vinculado a un malestar o a una discapacidad; es una alteración de los procesos cognitivos y afectivos del desarrollo que se traducen en trastornos del razonamiento, del comportamiento, de la comprensión de la realidad y la adaptación de las condiciones de vida; pueden ser ocasionados por factores ambientales, biológicos y psicológicos (OMS, 1990).

Alcohol y consumo de sustancias psicoactivas: es un patrón precipitante pues que el consumo de estas altera la percepción y las funciones cognitivas del sujeto (Montalban, 1997).

Conducta suicida: es entendida como idea suicida, intento suicida, y acto consumado, puesto que la existencia de actos autolíticos previos es la evidencia más relevante de futuros suicidios (Montalban, 1997).

Fácil acceso a armas: entendido como la facilidad de acceder a diferentes tipos de armas, por periodos prolongados de tiempo, con el arma cargada en periodos de guardia (Stefoni, 2002).

Antecedentes familiares: entendidos como la vulnerabilidad que prevalece cuando en la historia familiar de una persona ha existido un suicida (American Association of Suicidology, 1992).

Eventos estresantes: todos aquellos eventos o problemáticas como la situación económica, problemas familiares, problemas de pareja, preocupaciones relacionadas con el aislamiento y muertes de personas cercanas (Stefoni, 2002).

Objetivos

General

Construir y validar un banco de reactivos para un instrumento que identifique el riesgo suicida en fuerzas militares.

Específicos

Construir un banco de reactivos para un instrumento que identifique riesgo suicida en fuerzas militares.

Validar por contenido el banco de reactivos a través de la técnica de jueces expertos.

Validar el banco de reactivos utilizando el coeficiente de razón de validez de contenido.

MÉTODO

Tipo de estudio

Esta investigación es de tipo cuantitativa, con un diseño psicométrico en tanto que se pretende describir las características psicométricas de un banco de reactivos a partir del análisis del constructo de riesgo suicida; además, tiene que “una de sus funciones es establecer reglas para convertir categorías manifiestas que se han clasificado de las observaciones científicas referidas a un fenómeno psicológico, en categorías numéricas, asignando numerales a los estímulos y/o respuestas” (Losada & López, 2003, p. 47)

Instrumento

Los instrumentos que se utilizaron para construir el banco de reactivos son: la tabla de especificaciones, en la cual se establecieron las dimensiones del constructo que se pretendían medir con los diferentes reactivos, allí se constituyeron el número de reactivos por cada dimensión (Ver apéndice 1). Las dimensiones establecidas son: trastornos mentales, alcoholismo y consumo de sustancias, conducta suicida, fácil acceso a armas, antecedentes familiares y eventos estresantes; estas fueron determinada de acuerdo a su evidencia empírica.

Otro instrumento que se utilizó, es el formato de evaluación de jueces expertos para hacer la validación de contenido de los reactivos, a través de la cual, las puntuaciones fueron de 1 a 4 en redacción (1 muy confusa y 4 muy clara), pertinencia (1 no pertinente y 4 muy pertinente), estructura (1 inadecuada y 4 muy adecuada) y lenguaje (1 inadecuado y 4 muy adecuado). Los resultados arrojados son los que determinan aprobación o la anulación del ítem (Ver apéndice 2).

Se crearon 206 ítems, los cuales fueron evaluados por medio de jueces expertos y del coeficiente de razón de validez de contenido. Los criterios de selección de los ítems fueron según jueces: 4.0 a 3.5 (EXCELENTE), 3.4 a

3.0 (BUENO), 2.9 a 2.5 (REGULAR), 2.4 a 2.0 (DEFICIENTE), 1.9 a 1.0 (ELIMINADO). En el coeficiente de razón de validez de contenido el criterio de selección oscilaba entre -1 y 1, donde -1 es que el ítem no es pertinente y todos los jueces están de acuerdo con esto, el 0 equivale a que la mitad de los jueces están a favor y la otra mitad en contra, 1 el ítem es pertinente y todos los jueces están de acuerdo con que es pertinente.

Procedimiento

Fase 1. Dilucidación del constructo a partir de la revisión teórica conceptual y empírica, haciendo énfasis en factores de riesgo suicida.

Fase 2. Construcción de la tabla de especificaciones a partir de las dimensiones formuladas, con base en la teoría propuesta por diversos autores sobre el riesgo suicida.

Fase 3. Construcción de los ítems para el banco de reactivos teniendo en cuenta la tabla de especificaciones y la teoría (Ver apéndice 4).

Fase 4. Validación de contenido de los reactivos por medio de 7 jueces expertos y aplicación de la fórmula de coeficiente de razón de validez. De los jueces 3 fueron metodológicos y 4 fueron teóricos, todos con experiencia en el manejo de estos temas (Ver apéndice 5).

Fase 5. Revisión y reformulación de los ítems de acuerdo a las recomendaciones de los jueces (Ver apéndice 6).

Consideraciones éticas

Según la ley 1090 del 2006, también conocida como el Código Deontológico Y Bioético y otras Disposiciones que Reglamenta el Ejercicio de la Psicología; en el capítulo séptimo que tiene por nombre, “De la investigación científica, la propiedad intelectual y las publicaciones” del artículo 49 al 51 son los correspondientes a la investigación científica; el primero, dice que todos los profesionales de la psicología que se dedican a la

investigación son los responsables de los temas de estudio, la metodología, los materiales empleados, el análisis de las conclusiones y resultados, la divulgación y la correcta utilización de la investigación; el segundo, afirma que los profesionales de la psicología que llevan a cabo investigaciones científicas, deben basarse en los principios éticos de respeto y dignidad igual que salvaguardar el bienestar y los derechos de los participantes.

El tercero dice que se debe evitar en lo posible el recurso de la información encubierta y/o incompleta, a menos que para el problema de investigación esto sea importante y/o que solo pueda investigarse, y/o que se le garantice a los participantes que al finalizar la investigación se le dará la información pertinente a cerca de la investigación; finalmente, el artículo 18 menciona que el psicólogo no utilizara medios o procedimientos que no se hallen suficientemente contrastados dentro del conocimiento científico vigente, en el caso de investigaciones para poner a prueba técnicas o instrumentos nuevos todavía no contrastados lo hará saber así a sus clientes antes de su utilización. (Ley 1090 del 2006)

Otra entidad que rigen legalmente ejercicio investigativo es el Ministerio de salud con la resolución 8430 de 1993, que coincide con que en la investigación con seres humanos se debe garantizar el respeto a sus derechos y la protección, su bienestar y dignidad. Adicionalmente, esta última hace una clasificación de los riesgos del participante, donde en esta investigación está ubicada en una sin riesgo.

RESULTADOS

A continuación se presentan los resultados de la validación de los reactivos propuestos, en tablas se incluyen los ítems que cumplieron las características necesarias para ser parte del banco de reactivos de un instrumento que identifique el riesgo suicida en fuerzas militares; es importante tener en cuenta que los determinantes de selección de los ítems de acuerdo con la evaluación de jueces expertos, son los siguientes: 4.0 a 3.5 (EXCELENTE), 3.4 a 3.0 (BUENO), 2.9 a 2.5 (REGULAR), 2.4 a 2.0 (DEFICIENTE), 1.9 a 1.0 (ELIMINADO). De los 206 ítems, elaborados se tuvieron en cuenta únicamente 142 ítems que corresponden a la calificación excelentes y buenos, esto con el fin de garantizar la rigurosidad y pertinencia de dichos ítems. En el coeficiente de razón de validez de contenido el criterio de selección oscilaba entre -1 y 1, donde -1 indica que el ítem no es pertinente y todos los jueces están de acuerdo con esto, el 0 equivale a que la mitad de los jueces están a favor y la otra mitad en contra, 1 indica que el ítem es pertinente y todos los jueces están de acuerdo con que esto.

Vale la pena aclarar que en la tabla de especificaciones se hace referencia a un banco de reactivos de 100 ítems, sin embargo, en la construcción del banco se redactaron 206 ítems con el fin de satisfacer la necesidad planteada inicialmente. Posterior a la evaluación por jueces y a la aplicación de la fórmula del coeficiente de razón de validez de contenido, puntuaron de manera satisfactoria 42 ítems de más, y se tomó la decisión de incluirlos para reforzar el banco de reactivos y brindarle mayor soporte.

Teniendo en cuenta los criterios mencionados anteriormente, fueron descartados 62 ítems entre regulares y deficientes los cuales puntuaron por debajo de 2.9 y su coeficiente de razón de validez de contenido fue menor de 0,32. El ítem 2 de la dimensión de trastornos mentales con un coeficiente de -0,71 y el ítem 97 de fácil acceso a armas con una calificación por jueces de 1.9, fueron eliminados en la primera revisión.

En la tabla 1 se presenta la distribución general de los datos, con su respectivo promedio por dimensión; allí se evidenció que eventos estresantes y conducta suicida fueron las categorías con los ítems con mayor aceptación por parte de los jueces, y se corrobora con sus coeficientes de razón de validez de contenido que fueron 0,77 y 0,69 respectivamente. Los ítems que corresponden a la dimensión de fácil acceso a armas fueron los que puntuaron más bajo con un promedio de calificación por jueces de 3,1 y con un puntaje de pertinencia de 0,46.

Para una mejor comprensión de la tabla 1, a continuación se exponen los resultados de la evaluación por jueces y el coeficiente de razón de validez de contenido de cada ítem por cada dimensión, y de esta manera se pretende mostrar a profundidad la calidad de los ítems que constituyen el banco de reactivos final.

Tabla 1. *Resultados de ítems aprobados por dimensiones*

| Dimensión | Total Ítems | de Calificación de jueces o promedio | C. Razón de Validez de Contenido |
|---------------------------------|--------------------|---|---|
| Trastornos mentales | 15 | 3.4 | 0,67 |
| Alcohol y consumo de SPA | 9 | 3.3 | 0,67 |
| Conducta suicida | 33 | 3,5 | 0,69 |
| Fácil acceso a armas | 23 | 3,1 | 0,46 |
| Eventos estresantes | 50 | 3,4 | 0,77 |
| Antecedentes familiares | 12 | 3,2 | 0,64 |
| Total | 142 | 3.3 | 0,65 |

En esta tabla se observa que los ítems correspondientes a esta dimensión tienen una pertinencia en su mayoría relevante, pues se encuentra que de 15 reactivos solo 5 tienen un puntaje menor a 0,50 lo que indica una validez significativa para la dimensión.

Tabla 2. *Resultados de evaluación de ítems correspondientes a trastornos mentales.*

TRASTORNOS MENTALES

| Ítems aprobados | Calificación por jueces promedio | Coeficiente de razón de validez de contenido |
|-----------------|----------------------------------|--|
| 1 | 3.7 | 1 |
| 2 | 3.3 | 0.4 |
| 3 | 3.6 | 1 |
| 4 | 3.7 | 0.71 |
| 5 | 3.5 | 0.4 |
| 6 | 3.0 | 0.4 |
| 7 | 3.6 | 0.71 |
| 8 | 3.6 | 1 |
| 9 | 3.6 | 0.71 |
| 10 | 3.8 | 1 |
| 11 | 3.3 | 0.71 |
| 12 | 3.1 | 0.71 |
| 13 | 3.0 | 0.32 |
| 14 | 3.3 | 0.71 |
| 15 | 3.2 | 0.4 |
| Total | 3.4 | 0.67 |

Los resultados obtenidos en relación con alcoholismo y consumo de sustancias psicoactivas permite evidenciar que más de la mitad de los reactivos tienen una estabilidad y una pertinencia significativa teniendo en cuenta que su coeficiente se encuentra en 1, sin embargo la otra parte de los reactivos no se encuentran en un nivel sobresaliente con relación a los demás. El coeficiente total de la categoría es de 0,67 lo que indica que la pertinencia de esta es esencial para el banco de reactivos.

Tabla 3. *Resultados de evaluación de ítems correspondientes a alcoholismo y consumo de sustancias psicoactivas.*

ALCOHOLISMO CONSUMO DE SPA

| Ítems aprobados | Calificación por jueces o promedio | Coeficiente de razón de validez de contenido |
|------------------------|---|---|
| 16 | 3 | 0.32 |
| 17 | 3.6 | 1 |
| 18 | 3.5 | 1 |
| 19 | 3.2 | 0.32 |
| 20 | 3.6 | 1 |
| 21 | 3.2 | 0.71 |
| 22 | 3.1 | 0.4 |
| 23 | 3.1 | 0.32 |
| 24 | 3.7 | 1 |
| Total | 3.3 | 0.67 |

Los resultados obtenidos en conducta suicida permiten probar que la mayoría de los ítems de la dimensión cuentan con puntajes significativamente altos, lo cual indica que la pertinencia es esencial. Adicionalmente, es de resaltar que el promedio de la calificación de jueces es 3.5 lo cual pone a la categoría en un nivel de excelencia teniendo en cuenta el rango establecido para esta calificación.

Tabla 4. *Resultados de evaluación de ítems correspondientes conducta suicida.*

CONDUCTA SUICIDA

| Ítems aprobados | Calificación por jueces o promedio | Coefficiente de razón de validez de contenido |
|------------------------|---|--|
| 25 | 3.4 | 0.71 |
| 26 | 3 | 0.4 |
| 27 | 3.4 | 0.71 |
| 28 | 3.5 | 1 |
| 29 | 3.5 | 0.71 |
| 30 | 3.4 | 1 |
| 31 | 3.5 | 1 |
| 32 | 3.1 | 0.4 |
| 33 | 3.8 | 1 |
| 34 | 3.4 | 1 |
| 35 | 3.9 | 1 |
| 36 | 3.4 | 0.71 |
| 37 | 4 | 1 |
| 38 | 3.6 | 0.71 |

| | | |
|--------------|------------|-------------|
| 39 | 3.7 | 0.71 |
| 40 | 3.8 | 0.71 |
| 41 | 3.2 | 0.4 |
| 42 | 4 | 1 |
| 43 | 3.5 | 0.71 |
| 44 | 3.9 | 1 |
| 45 | 3.5 | 0.4 |
| 46 | 3.5 | 0.71 |
| 47 | 3 | 0.32 |
| 48 | 3.9 | 1 |
| 49 | 3.8 | 0.71 |
| 50 | 3.2 | 0.71 |
| 51 | 3.5 | 0.4 |
| 52 | 3.4 | 0.4 |
| 53 | 3.7 | 0.4 |
| 54 | 3.4 | 0.4 |
| 55 | 3 | 0.4 |
| 56 | 3.1 | 0.4 |
| 57 | 3.3 | 0.71 |
| Total | 3.5 | 0.69 |

Los resultados obtenidos en fácil acceso a armas muestran que en esta dimensión los ítems señalaron que su pertinencia es esencial pero no es significativa, aunque es un indicador a tener en cuenta con respecto al constructo, en el banco de reactivos las puntuaciones fueron muy bajas y el promedio lo mantiene como una categoría no tan fuerte.

Tabla 5. *Resultados de evaluación de ítems correspondientes a fácil acceso a armas.*

FÁCIL ACCESO A ARMAS

| Ítems aprobados | Calificación por jueces o promedio | Coefficiente de razón de validez de contenido |
|------------------------|---|--|
| 58 | 3.1 | 0.4 |
| 59 | 3 | 0.32 |
| 60 | 3.1 | 0.71 |
| 61 | 3.1 | 0.4 |
| 62 | 3.2 | 0.4 |
| 63 | 3 | 0.4 |
| 64 | 3.2 | 0.32 |
| 65 | 3.1 | 0.71 |
| 66 | 3 | 0.32 |
| 67 | 3 | -0.14 |
| 68 | 3.4 | 0.71 |
| 69 | 3.1 | 0.4 |
| 70 | 3.1 | 0.32 |

| | | |
|--------------|------------|-------------|
| 71 | 3 | 0.4 |
| 72 | 3.1 | 0.4 |
| 73 | 3.7 | 0.71 |
| 74 | 3.4 | 0.4 |
| 75 | 3.5 | 0.71 |
| 76 | 3.1 | 0.32 |
| 77 | 3.3 | 0.4 |
| 78 | 3.2 | 0.4 |
| 79 | 3.2 | 0.4 |
| 80 | 3.3 | 0.71 |
| Total | 3.1 | 0.46 |

Esta tabla indica que 40 ítems de 50, se encuentran dentro del rango muy pertinente (0,71 y 1), y además tienen una calificación de jueces significativamente alta, lo que permite reconocer esta categoría como esencial, pertinente y fuerte en el banco de reactivos.

Tabla 6. *Resultados de evaluación de ítems correspondientes a eventos estresantes*

EVENTOS ESTRESANTES

| Ítems aprobados | Calificación por jueces promedio | Coeficiente de razón de validez de contenido |
|------------------------|---|---|
| 81 | 3.4 | 0.4 |
| 82 | 3.1 | 0.71 |
| 83 | 3.1 | 0.71 |
| 84 | 3.8 | 1 |
| 85 | 3.5 | 0.71 |
| 86 | 3 | 0.32 |
| 87 | 3.6 | 1 |
| 88 | 3.5 | 1 |
| 89 | 3.6 | 0.71 |
| 90 | 3.5 | 0.71 |
| 91 | 3.6 | 1 |
| 92 | 3.1 | 0.32 |

| | | |
|-----|-----|------|
| 93 | 3 | 0.32 |
| 94 | 3.5 | 1 |
| 95 | 3.4 | 0.71 |
| 96 | 3.9 | 1 |
| 97 | 3.8 | 0.71 |
| 98 | 3.7 | 1 |
| 99 | 3.6 | 1 |
| 100 | 3.5 | 1 |
| 101 | 3.1 | 0.4 |
| 102 | 3.3 | 0.32 |
| 103 | 3.3 | 0.71 |
| 104 | 3.3 | 1 |
| 105 | 3.2 | 1 |
| 106 | 3.7 | 1 |
| 107 | 3.4 | 0.71 |
| 108 | 3.7 | 1 |
| 109 | 3.3 | 0.4 |
| 110 | 3.2 | 0.4 |
| 111 | 3.8 | 1 |
| 112 | 3.4 | 0.71 |
| 113 | 3.5 | 0.71 |

| | | |
|--------------|------------|-------------|
| 114 | 3.8 | 1 |
| 115 | 3.7 | 1 |
| 116 | 3.4 | 0.71 |
| 117 | 3.9 | 1 |
| 118 | 3.9 | 1 |
| 119 | 3.2 | 0.71 |
| 120 | 3 | 0.71 |
| 121 | 3.7 | 1 |
| 122 | 3.8 | 1 |
| 123 | 3.4 | 0.71 |
| 124 | 3.5 | 1 |
| 125 | 3.7 | 1 |
| 126 | 3 | 0.4 |
| 127 | 3.5 | 1 |
| 128 | 3.1 | 0.4 |
| 129 | 3.3 | 0.71 |
| 130 | 3.1 | 0.71 |
| Total | 3.4 | 0.77 |

En esta dimensión se evidencia por el comportamiento de los ítems que es esencial y pertinente, y teniendo en cuenta que 7 de los 12 ítems

están por encima de 0,71, esta categoría obtiene un valor importante para el banco de reactivos, pese a que la mayoría de los jueces lo clasifican simplemente como bueno.

Tabla 7. *Resultados de evaluación de ítems correspondientes a antecedentes familiares*

ANTECEDENTES FAMILIARES

| Ítems aprobados | Calificación por jueces o promedio | Coefficiente de razón de validez de contenido |
|------------------------|---|--|
| 131 | 3.3 | 0.71 |
| 132 | 3.6 | 1 |
| 133 | 3.2 | 0.4 |
| 134 | 3.3 | 0.71 |
| 135 | 3.2 | 0.4 |
| 136 | 3.2 | 0.71 |
| 137 | 3.0 | 0.4 |
| 138 | 3.0 | 0.32 |
| 139 | 3.5 | 1 |
| 140 | 3.0 | 0.32 |
| 141 | 3.5 | 1 |
| 142 | 3.4 | 0.71 |
| Total | 3.2 | 0.64 |

DISCUSIÓN

En la presente investigación se construyó un banco de reactivos para un instrumento que identifique riesgo suicida en fuerzas militares, teniendo en cuenta los factores de riesgo que señala la teoría como relevantes, entre los que están los trastornos mentales, consumo de alcohol y sustancias psicoactivas, conducta suicida, fácil acceso a armas, antecedentes familiares y eventos estresantes. Estas dimensiones determinaron el contenido temático de los ítems y su distribución en la tabla de especificaciones, puesto que los porcentajes asignados a cada uno tienen que ver con la importancia que merecían desde el soporte empírico.

En el caso de la dimensión de trastornos mentales, tanto los jueces como el coeficiente de razón de validez de contenido mostraron que es un factor determinante a tener en cuenta para identificar el riesgo suicida; la teoría refiere que el 90% de las personas que se han suicidado, presentaban algún trastorno mental (García & Peralta, 2002); esto muestra que es un factor esencial, pues se debe tener en cuenta ya que es un indicador de vulnerabilidad frente a este fenómeno.

En relación con el consumo de alcohol y sustancias psicoactivas, los ítems reflejaron que era un factor de riesgo importante, puesto que sus porcentajes (CRV= 0,67) mostraron su pertinencia y necesidad a la hora de identificar esta problemática; esto corresponde con la teoría la cual indica que entre el 20% y el 50% de las personas que se suicidaron estaban bajo el efecto de algunas sustancia psicoactiva, lo anterior, teniendo en cuenta que las personas bajo el efecto de algunas sustancias generan un alto nivel de desinhibición y se aumenta la impulsividad (Slaikeu, 1988). Es también relevante mostrar que de las autopsias psicológicas revisadas 2 de los militares que se quitaron la vida, estaban bajo el efecto del alcohol.

Hablar de conducta suicida es determinante para la identificación de un riesgo suicida actual, en tanto la evidencia apunta a que los intentos de

suicidio previos son el indicador más significativo para un suicidio posterior, además resalta la importancia de la ideación suicida manifiesta verbal o escrita como un signo de alerta (Montalbán, (1997), García & Peralta (2002) y Aja, (2007)). Como refuerzo de la teoría, los jueces calificaron los ítems de esta dimensión como excelente (3,5), pertinente y esencial (0,69) a la hora de evaluar este fenómeno.

El fácil acceso a armas, es una dimensión que se considera fundamental desde la teoría, ya que se ha demostrado que la mayoría de las personas que se quitan la vida estando bajo un régimen militar lo hacen con armas de fuego; esto se pudo comprobar al revisar las autopsias psicológicas, pues el 80% de los militares se suicidaron con este tipo de herramientas y solo dos optaron por el ahorcamiento y el envenenamiento. Apoyando esta evidencia empírica, Mancinelli & Cols (2002) afirmaron que en las fuerzas armadas de Italia el 66,53% se suicidaron con armas de fuego, el cual es un porcentaje significativo. Sin embargo, en este banco de ítems los jueces mostraron que para ellos no se consideraba una dimensión tan esencial, esto puede estar relacionado con que el contenido de los ítems de esta categoría no estaba orientado únicamente a las fuerzas militares, sino también a población general y situaciones cotidianas lo cual pudo haber sesgado el resultado.

Otro de los factores de riesgo que se consideraron para la construcción del banco de reactivos para identificar riesgo suicida, fueron los eventos estresante, teniendo en cuenta que la teoría los señala como relevantes en tanto hacen a los sujetos pertenecientes a un sistema militar más vulnerables a un suicidio, puesto que tienden a sumar los problemas económicos, de pareja, la muerte de un familiar cercano, el aislamiento, enfermedades físicas y la carencia de una red de apoyo permanente, generando una gran presión en ellos, y llevándolos a contemplar el suicidio como parte de la solución (Aja, 2007 & Stefoni 2000). Relacionado con esto en las autopsias revisadas se encontró que el 100% de estos suicidios fueron

motivados por un evento estresante. Los ítems en esta dimensión fueron evaluados por los jueces con una calificación excelente y se consideraron pertinentes y esenciales dentro del banco de reactivos.

Por último, la importancia de los antecedentes familiares en relación con el suicidio, al ser evaluado por los jueces mostró que es una dimensión relevante pero no determinante con una puntuación de 3,2 y un CRV= de 0,67; a nivel teórico se encontró que la historia familiar de suicidios tiene una incidencia entre el 6% y el 10,4%, y también tiene en cuenta el factor genético asociado a la trasmisión de trastornos mentales, lo que indica que a pesar de existir una probabilidad de estar asociados, no es un factor determinante (American Association Suicidology, 1992).

Como producto de esta investigación queda conformado un banco de 142 reactivos, que cumplen con las condiciones necesarias para garantizar su calidad de contenido y pertinencia frente al tema de riesgo suicida en población militar; de esta manera se puede concluir que el nivel de validez del banco es muy bueno, teniendo en cuenta las puntuaciones obtenidas por jueces y con el coeficiente de razón de validez de contenido, dando así respuesta a la pregunta de investigación. Sin embargo se sugiere para futuras investigaciones o en la consolidación de la prueba que evalúe riesgo suicida que se aborden dentro de los factores de riesgo temas como los problemas jurídicos, los efectos del aislamiento y se profundice en los temas de problemas de pareja y económicos, puesto que se encontró que teóricamente no tienen un soporte empírico sólido, pero en la revisión de las autopsias, estos 4 factores fueron las principales causas del suicidio.

Se recomienda que al retomar el banco de reactivos para la construcción del instrumento además de la inclusión de los aspectos antes sugeridos, y su respectiva validación se validen se lleve a cabo una prueba piloto con el fin de garantizar la calidad del instrumento. Vale la pena aclarar que estos ítems fueron elaborados para construir un instrumento de tamizaje, en tanto que se pretende identificarlo; sin embargo no se descarta la

posibilidad de que puedan ser utilizados con el fin de crear un instrumento más amplio y con una finalidad como la de medir el riesgo suicida.

De otro lado se recomienda incentivar el desarrollo de investigaciones de corte psicométrico, que permita cubrir campos de interés para la psicología, en este caso específico la psicología clínica y de la salud, en la identificación de factores de riesgo de conductas potencialmente vulnerables como la conducta suicida.

El desarrollo de esta investigación permite identificar la importancia de la medición fundamentada y rigurosa de los diferentes constructos utilizados en la disciplina y aplicados en el ámbito militar, ya que esta población muestra unas características particulares que lo hacen de una u otra manera susceptibles de presentar vulnerabilidad a este fenómeno.

Es de anotar que desarrollar este tipo de investigaciones en el campo de las fuerzas armadas muestra dificultad, debido al limitado acceso que se tiene a la información puesto que se considera que el conocimiento público de esta atenta contra el buen nombre de estas instituciones.

Finalmente, se sugiere ampliar el trabajo psicológico e interdisciplinario con esta población, teniendo en cuenta que por su condición de régimen militar está expuesta a situaciones como aislamiento, presión, inestabilidad emocional entre otras que la hace más propensa a presentar problemáticas psicosociales.

REFERENCIAS

- Aiken L. (1996) Tests psicológicos y evaluación .Prentice Hall. Mexico-
- Aja. (2007). *El suicidio y los factores indicadores de riesgo*. Congreso latinoamericano de educación: Bogotá
- Aliaga, J.(2005). *Psicometría: Tests psicométricos confiabilidad y validez*. Madrid: Pirámide.
- American Association of Suicidology. (1992). *Assesment and prediction of suicide*. New York: The Guilford Press.
- Ballesteros, M & Pinzón, A. (2008). *Suicidio: un problema que aumenta en jóvenes*. Revista de historia iberoamericana. Recuperado el 17 de marzo de 2011 en: <http://noticias.universia.net.co/vida-universitaria/noticia/2008/10/13/240400/suicidio-problema-aumenta-jovenes.html>.
- Tc. Barrios, M., Tn. Espinosa, L. & Martínez, C. (2010). Guía de manejo terapéutico del potencial suicida. 1. Ejército Nacional de Colombia
- Cerda, E. (1978). *Psicometría General*. Barcelona: Herder.
- Cocha, A. (2002). Impacto social y económico de la violencia en las Américas. *Biomédica* , 347-361.
- Código Deontológico Y Bioético y otras Disposiciones que Reglamenta el Ejercicio de la Psicología. (2006, 6 de Septiembre). *Congreso de Colombia*, Ley1090
- Cohen, R. & Swerdlik M. (2000). *Pruebas y evaluación psicológicas*. Mexico, D. F.: Mc Graw Hill.
- Documento Fuerzas Armadas de los EEUU. (2010). Army suicide increases for fifth consecutive year. *National Ward Newspaper*, pág. 16.

El Tiempo. (4 de Abril de 2010). Un suicidio en la semana se registra en promedio en las fuerzas armadas de Colombia. *El Tiempo*.

Forensis (2008). *Suicidio en Colombia*.

Forensis (2009). *Epidemiología del Suicidio en Colombia*.

García, E & Peralta, V. (2002). Suicidio y Riesgo de Suicidio. *Anales*. 25. 87-96.

Gantiva, C. (2008). Grupo de investigación en avances en psicología clínica y de la salud. Universidad de San Buenaventura sede Bogotá.

Gantiva, C. (2010). Línea de investigación: adquisición, evaluación, mantenimiento e intervención en salud y enfermedad a lo largo del ciclo vital. Universidad de San Buenaventura sede Bogotá.

Gómez, D. Sánchez, R. Guzmán, Y. & Pinzón, A. (2000). Estudio sobre estrategias de evaluación de los pacientes suicidas por parte del personal de salud en Bogotá. *Universidad Nacional de Colombia*.

González, J. R. (2002). Investigación en conducta suicida. En G. Sánchez, *Suicidio y Prevención* (págs. 405-437). Bogotá: Kimpres Ltda.

González, J. (2009). Reestructuración de un instrumento que mide riesgo suicida en infantes de marina que prestan servicio militar en las Fuerzas Armadas. *Documento no publicado*. Universidad de San Buenaventura sede Bogotá.

Holmes, R. & Holmes, S. (2006). *Suicide Theory, Practice and Investigation*. London: Sage.

Hourani, L. H. (2001). Department of the Navy suicide incident report (DONSIR): Summary of 1999-2000 findings. *Naval Health Research center*, 2-29.

- Jiménez, I. (2001). La autopsia psicológica como instrumento de investigación. *Revista Colombiana de psiquiatría*. 30, 3. 271-276.
- Kube, C. J. (29 de Enero de 2009). *msnbc.com*. Recuperado el 28 de Marzo de 2010, de msnbc.com: E:\VIII SEM\TESIS2010\Military suicides continue to rise - Military- msnbc_com.mht
- Lamprea, J & Gómez, E. (2007). Validez en la evaluación de escalas. *Revista Colombiana de psiquiatría*. 36,002. 340-348.
- Lawshe, C. (1975). Pruebas psicotécnicas en la selección de personal. Madrid: Rialp.
- Lozada, J.L., & López-Feal, R. (2003). Métodos de investigación en ciencias humanas y sociales. Madrid: Thomson.
- Mahon, M. T. (2005). Suicide Among Regular-Duty Military Personnel:A Retrospective Case-Control Study of Occupation-Specific Risk Factors for Workplace Suicide. *The American Journal of Psychiatry* , 1688-1696.
- Mancinelli, I. Tomaselli, A. Lazario, S. Ceciarelli, L. Girardi, P. Tatarelli, R. (2002). Suicidio en círculos militares en Italia. *Eur Psychiatry*. 9: 132-133.
- Martínez, C. (2007). *Introducción a la suicidología: teoría, investigación e intervenciones*. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Martínez, R. (1996). *Psicometría: teoría de los test psicológicos y educativos*. Madrid: Síntesis S. A.
- Mingote, J., Jiménez, M., Osorio, R. & Palomo, T. (2004). *Suicidio asistencia clínica: Guía práctica de psiquiatría clínica*. Madrid: Diaz de Santos.
- Ministerio de Defensa de los Estados Unidos. (2003). *Military Suicide risk assessment*. Washington: DHCC.

- Montalbán, J. (1997). *La conducta suicida*. España: Arán
- Murillo, J. (2004). Cuestionario y escala de actitudes. *Facultad de formación de profesorado y educación de la Universidad Autónoma de Madrid*. Recuperado 27 de septiembre de 2010 en http://www.uam.es/personal_pdi/stmaria/jmurillo/Metodos/Materiales/Apuntes_Cuestionario.pdf.
- Normas científicas, técnicas y administrativas para el ejercicio de la investigación en salud (1993, 4 de octubre). Ministerio de Salud de Colombia. Resolución 8430.
- Nunnally, J. (1973) *Introducción a la medición psicológica*. Ed. Paidós. México. Universidad Nacional de Colombia. (2001). *Investigación sobre suicidio en Bogotá*. Bogotá: Giro P&M.
- Nunnally, J. (1995). *Teoría psicométrica*. Mexico D.F.: Mc Graw Hill.
- Oliveros, E. Y. (2007). Conducta suicida su tipología y forma de medición. En G. Sánchez, *El suicidio y su prevención* (págs. 233-238). Bogotá: Kimpres Ltda.
- OMS. (1990). *Definición de trastorno mental*. Génova: Organización Mundial de la Salud.
- OMS. (1993). *Clasificación estadística de enfermedades*. Génova: Organización Mundial de la Salud.
- OMS. (2008). *Día mundial de prevención del suicido*. Gondrin: International Association of suicide prevention.
- OMS. (2009). *Día mundial de prevención del suicido*. Gondrin: International Association of suicide prevention
- Peña, E. Espingola, A. Cardoso, J. Gonzales, T. (2007). La guerra como desastre: las consecuencias psicológicas. *Revista humanidades médicas*. 7: 3, 1-25.

- Pérez, S. (1999). El suicidio, comportamiento y prevención. *Revista cubana de medicina integral y general*. 2:196-217.
- Preston, S. (2006). Mortality of american troops in Iraq. *PSC Working paper series* , 1-14.
- Ramírez de la Rocha, O.(2007). Obstáculos para la elaboración de escalas tipo Likert: un reflexión personal. *Archivos en medición en medición familiar*. 9,2. 71-74.
- Restrepo, C. R. (2002). Factores Asociados al intento de suicidio en la población colombiana. *Revista Colombiana de Psiquitría* , 271-286.
- Sanchez, R., Orejarena, S. & Guzmán, Y. (2004). Características de los suicidas en Bogotá: 1985-2000. *Salud pública* , 217-234.
- Secretaría de Gobierno. (2001). *Investigación sobre suicidio en Bogotá*. Bogotá: Giro P&M.
- Stefoni, E. C. (2000). *Suicidio en el servicio militar*. Santiago de Chile: FLASCO-Chile.
- Tuesca, R. (2003). Factores de riesgo asociado al suicidio e intento de suicidio. *Salud uninorte* , 19-28.
- Universidad Nacional de Colombia. (2001). *Investigacion sobre suicidio en Bogotá*. Bogotá: Giro P&M.
- Valenzuela, D. (2008). Suicidio en Colombia. *Forensis*, 192-215.
- Wong, A. E. (2001). Are you UN pace keepers at risk for suicide? *Suicide a life-threatening behavior* , 103-123.

APENDICES

Apéndice 1

FORMATO DE TABLA DE ESPECIFICACIONES GENERAL

TEMA: Riesgo suicida

| Dimensiones | Biológico 10% | Social 25% | Psicológico 40% | Ambiental 25% | |
|------------------------------------|---------------------------------------|--|---|--|-------|
| Trastornos mentales 10% | 1% 1 1,2,4,5,6,7,8, 9 | 2.5% 2 21,171,172,173 | 4% 4 3,10,20,175,176, 177, 205 | 2.5% 3 174, 203, 204, 206, 207 | 10 |
| Alcoholismo y consumo de SPA 5% | 0.5% 1 168,169,170 | 1.25% 1 124, 125, 167 | 2% 2 11,12,164,165, 166 | 1.25% 1 13,14,28,163 | 5 |
| Conducta Suicida 30% | 3% 3 57,108,146,149,150 | 7.5% 8 37,58,59,64,65, 75,142,143,144, 145,147,156 | 12% 12 16,29,30,31,36,40 ,52,54,56,63,67, 72,91,92,96,118, 123 | 7.5% 7 33,34,99,100,148 ,151,152,153,154 | 30 |
| Fácil acceso a armas 30% | 3% 3,126,127,128,155, 159,160 | 7.25% 7 76,130,134,141, 161,195,196, 197,198,200, 201 | 12% 12 78,80,84,85,135, 136,137,139,140, 189,190,191,192, 193,194,199 | 7.5% 8 27,77,79,129,131 132,133,138,157, 158,162,202 | 30 |
| Eventos estresantes 20% | 2% 2 105, 185, 186, 187, 188 | 5% 5 46,47,55,60,61, 62,73,88,110, 111,112,113, 117,120 | 8% 8 22,23,24,25,26,32 ,35,38,42,43,44, 45,49,50,51,53,66 ,68,69,70,74,87, 94,95,97,101,104, 115,119,121,122 | 5% 5 39,41,48,98,102, 103,183, 184 | 20 |
| Antecedentes familiares 5% | 0.5% 1 19,106,107,181, 182 | 1.25% 1 83,89,90,179, 180 | 2% 2 15,17,18,71,109, 114,116 | 1.25% 1 81,82,86,93,178 | 5 |
| 100 ítems | 11 | 24 | 40 | 25 | 100 % |

Apéndice 2

FACULTAD DE PSICOLOGIA FORMATO DE VALIDACION POR JUECES

NOMBRE EVALUADOR: _____

INSTRUCCIONES

SEÑOR EVALUADOR: a continuación encontrara una serie de preguntas mediante las cuales podrá calificar cada uno de los reactivos .Por Favor utilice el espacio y los numeros según la evaluación que haga de cada uno de ellos en los espacios correspondientes para cada reactivo. Los reactivos pretenden identificar el riesgo suicida en fuerzas militares, teniendo en cuenta las distintas dimensiones teóricas que describen el constructo de riesgo suicida en fuerzas militares (Trastornos mentales, consumo de alcohol y de sustancias psicoactivas, conducta suicida, fácil acceso a armas, antecedentes familiares). Sus observaciones por favor escríbalas al final de la evaluación.

Los siguientes son los criterios a tener en cuenta.

REDACCION: Evalúa que la conformación del reactivo sea lógica, coherente, clara y fácil de comprender.

PERTINENCIA: Evalúa lo oportuno y adecuado que resulta ser el uso del reactivo con relación al tema a medir.

ESTRUCTURA: Mide grado de relación, extensión y organización de los conceptos usados en la conformación del reactivo.

LENGUAJE: La terminología es adecuada teniendo en cuenta las características de la población.

| | | | |
|----------------|---------|-------|-----------|
| REDACIÓN (1) | (2) | (3) | (4) |
| MUY CONFUSA | CONFUSA | CLARA | MUY CLARA |

| | | | |
|-------------------|-----------------|------------|----------------|
| PERTINENCIA (1) | (2) | (3) | (4) |
| NO PERTINENTE | POCO PERTINENTE | PERTINENTE | MUY PERTINENTE |

| | | | |
|------------------|---------------|----------|----------|
| ESTRUCTURA (1) | (2) | (3) | (4) |
|) INADECUADA | POCO ADECUADA | ADECUADA | ADECUADA |
| MUY ADECUADA | | | |

| | | | |
|-----------------|---------------|----------|--------------|
| LENGUAJE: (1) | (2) | (3) | (4) |
| INADECUADO | POCO ADECUADO | ADECUADO | MUY ADECUADO |

FORMATO DE RESUMEN DE EVALUACIÓN POR JUECES

| Ítems \ Criterios | Redacción | Pertinencia | Estructura | Lenguaje | Conclusiones de los reactivos |
|-------------------|-----------|-------------|------------|----------|-------------------------------|
| 1 | | | | | |
| 2 | | | | | |
| 3 | | | | | |
| 4 | | | | | |
| 5 | | | | | |
| 6 | | | | | |
| 7 | | | | | |
| 8 | | | | | |
| 9 | | | | | |
| 10 | | | | | |

Apéndice 3

BANCO DE REACTIVOS INICIAL

A las siguientes afirmaciones se dará respuesta a través de 4 indicadores, donde 1 es igual a siempre,(S) 2 es igual a frecuentemente,(F) 3 es igual a algunas veces(AV) y 4 (N) es igual a nunca.

| | CRITERIOS / ITEMS | SIEMPRE | FRECIENTEMENTE | ALGUNAS VECES | NUNCA |
|----|---|----------------|-----------------------|----------------------|--------------|
| | TRASTORNOS MENTALES-BIOLOGICO | | | | |
| 1 | Me he sentido triste sin ninguna razón aparente | | | | |
| 2 | Cuando me he sentido enfermo y he visitado al médico, y al examinarme no encuentra nada | | | | |
| 3 | Sufro de pesadillas. | | | | |
| 4 | Me cuesta trabajo conciliar el sueño | | | | |
| 5 | Durante las noches, me despierto varias veces. | | | | |
| 6 | He sentido que mi apetito ha disminuido notablemente durante las últimas semanas. | | | | |
| 7 | Ha estado hospitalizado recientemente por alguna enfermedad médica | | | | |
| 8 | Presento enfermedades médicas. | | | | |
| | TRASTORNOS MENTALES – SOCIAL | | | | |
| 9 | Tengo poco interés de relacionarme con la gente. | | | | |
| 10 | Tengo un amigo que ha estado institucionalizado en una clínica psiquiátrica. | | | | |

| | | | | | |
|----|---|--|--|--|--|
| 11 | He visitado a un amigo o algún pariente que ha estado institucionalizado en una clínica psiquiátrica. | | | | |
| 12 | Me aleje de alguien porque padecía de un trastorno mental. | | | | |
| | TRASTORNOS MENTALES – PSICOLÓGICO | | | | |
| 13 | He sentido que las actividades que realizo no me generan el mismo placer que antes. | | | | |
| 14 | He escuchado voces que me han dicho que me haga daño. | | | | |
| 15 | Noto que puedo perder el control de mi mismo fácilmente. | | | | |
| 16 | He vivido situaciones donde siento que no puedo respirar, siento taquicardia y siento que no puedo controlar mi cuerpo. | | | | |
| 17 | Me preocupa padecer una enfermedad mental. | | | | |
| 18 | Me siento muy ansioso al pensar en el pasado. | | | | |
| 19 | He asistido al psicólogo o psiquiatra. | | | | |
| | TRASTORNOS MENTALES-AMBIENTAL | | | | |
| 20 | He accedido a información relacionada con enfermedades mentales. | | | | |
| 21 | He observado a una persona durante una crisis depresiva. | | | | |
| 22 | He vivido o vivo cerca de una clínica psiquiátrica porque me preocupa una atención oportuna en caso de crisis. | | | | |
| 23 | He sentido que en la calle me persiguen. | | | | |

| | | | | | |
|---|---|--|--|--|--|
| 24 | No me gusta estar en lugares concurridos porque siento que todos confabulan en mi contra. | | | | |
| ALCOHOLISMO Y CONSUMO DE SPA- BIOLÓGICO | | | | | |
| 25 | Al consumir sustancias psicoactivas siento como mi cuerpo se distensiona. | | | | |
| 26 | Pienso que algunas sustancias psicoactivas sirven como medicamentos para calmar el dolor. | | | | |
| 27 | Al consumir una sustancia psicoactiva he sentido que me puedo morir por los efectos que tiene en mi cuerpo. | | | | |
| ALCOHOLISMO Y CONSUMO DE SPA- SOCIAL | | | | | |
| 28 | Algunos de mis amigos consumen sustancias psicoactivas. | | | | |
| 29 | Disfruto asistir a reuniones sociales donde consuman sustancias psicoactivas. | | | | |
| 30 | Las personas con las que me relaciono no son consumidoras sustancias psicoactivas. | | | | |
| ALCOHOLISMO Y CONSUMO DE SPA-PSICOLÓGICO | | | | | |
| 31 | Consumo sustancias psicoactivas y/o alcohólicas. | | | | |
| 32 | Dejar de consumir alguna sustancia psicoactiva me produce malestar físico. | | | | |
| 33 | He necesitado de fumar marihuana para calmar mi ansiedad. | | | | |
| 34 | Uso el alcohol como una forma de escapar de la realidad. | | | | |
| 35 | Pienso que las personas que consumen sustancias psicoactivas son débiles de carácter. | | | | |

| | | | | | |
|----|---|--|--|--|--|
| | ALCOHOL Y CONSUMO DE SPA-AMBIENTAL | | | | |
| 36 | He estado en algún programa de rehabilitación. | | | | |
| 37 | He estado vinculado a algún tipo de tratamiento por dependencia o abuso de sustancias. | | | | |
| 38 | Tengo fácil acceso a medicamentos. | | | | |
| 39 | En los eventos públicos a los que he asistido, he visto personas consumiendo sustancias psicoactivas. | | | | |
| | CONDUCTA SUICIDA-BIOLÓGICO | | | | |
| 40 | He recurrido a ayuda médica por haber intentado quitarme la vida. | | | | |
| 41 | Siento que si me diagnosticaran una enfermedad terminal podría llegar a quitarme la vida. | | | | |
| 42 | Cuando conozco el caso de alguien que se suicidó siento ganas de llorar. | | | | |
| 43 | Al estar en un balcón o ventana de un piso muy alto he experimentado vacío en el estómago, sudoración y debilidad en las piernas. | | | | |
| 44 | Al ver imágenes de suicidios, experimento siento como mi cuerpo se estremece. | | | | |
| | CONDUCTA SUICIDA-SOCIAL | | | | |
| 45 | He comentado a alguien el deseo de quitarme la vida. | | | | |
| 46 | He tenido contacto con personas que han intentado quitarse la vida. | | | | |
| 47 | He tenido contacto con personas que se quitaron la vida. | | | | |

| | | | | | |
|----|--|--|--|--|--|
| 48 | Considero que mi familia estaría mejor sin mí. | | | | |
| 49 | Considero que la sociedad estaría mejor sin mí. | | | | |
| 50 | Me he sentido atraído por juegos como la ruleta rusa. | | | | |
| 51 | Me identifico con una persona que ha intentado suicidarse. | | | | |
| 52 | Siento rechazo por una persona que ha intentado suicidarse. | | | | |
| 53 | Admiro a las personas que se han quitado la vida. | | | | |
| 54 | Siento lastima por las personas que no han encontrado una salida distinta a sus problemas y han recurrido al suicidio. | | | | |
| 55 | He contemplado la posibilidad de participar en un suicidio colectivo. | | | | |
| 56 | Un tema de conversación con mis amigos es el suicidio. | | | | |
| | CONDUCTA SUICIDA-PSICOLOGICO | | | | |
| 57 | Bajo el efecto del alcohol y/o sustancia psicoactiva he sentido deseo de quitarme la vida. | | | | |
| 58 | He tenido ideas suicidas. | | | | |
| 59 | He tenido pensamientos relacionados con la muerte. | | | | |
| 60 | He presentado pensamientos relacionados con suicidio. | | | | |
| 61 | He planeado quitarme la vida. | | | | |
| 62 | Cuando he tenido un arma en mis manos, he contemplado la posibilidad de usarla en mi contra. | | | | |
| 63 | Siento que tengo más razones para morir que para vivir. | | | | |

| | | | | | |
|----|--|--|--|--|--|
| 64 | He tenido pensamientos de hacerme daño a mí mismo. | | | | |
| 65 | He recurrido a ayuda psicológica por haber intentado quitarme la vida. | | | | |
| 66 | No he pensado en quitarme la vida. | | | | |
| 67 | Pienso en el suicidio como una posible solución a mis problemas. | | | | |
| 68 | Pienso que yo debería estar muerto. | | | | |
| 69 | He querido quitarme la vida, pero me da miedo el dolor. | | | | |
| 70 | He buscado métodos para matarme en revistas, internet u otros medios. | | | | |
| 71 | He pensado que me siento atrapado, sin salida y con deseos de morirme. | | | | |
| 72 | No he pensado hacerme daño por más triste que esté. | | | | |
| 73 | He pensado en un plan o método para matarme. | | | | |
| | CONDUCTA SUICIDA-AMBIENTAL | | | | |
| 74 | Un familiar mío se suicidó. | | | | |
| 75 | Un familiar mío se intentó suicidar. | | | | |
| 76 | Me expongo con frecuencia a situaciones que me ponen al borde de la muerte. | | | | |
| 77 | Cuando me enojo hago cosas que me dañan. | | | | |
| 78 | He sentido curiosidad por ver a una persona quitándose la vida. | | | | |
| 79 | Los medios de comunicación han contribuido de manera positiva mi percepción de rechazo frente al suicidio. | | | | |

| | | | | | |
|----|--|--|--|--|--|
| 80 | He obtenido informacion sobre el suicidio a traves de los medios de comunicacion | | | | |
| 81 | Estoy de acuerdo con las personas que se quitan la vida como símbolo religioso. | | | | |
| 82 | No estoy de acuerdo con las personas que se quitan la vida por razones religiosas. | | | | |
| | FACIL ACCESO A ARMAS-BIOLOGICO | | | | |
| 83 | He sentido que las actividades que realizo no me generan el mismo placer que antes. | | | | |
| 84 | Al tener un arma siento que mis manos tiemblan, sudan y mi corazón se acelera. | | | | |
| 85 | Al tener un arma siento nauseas y mareos. | | | | |
| 86 | Al tener un arma siento que me cuesta respirar y creo que me puedo desmayar. | | | | |
| 87 | Al disparar un arma siento como se acelera mi corazón. | | | | |
| 88 | Saber que hay armas en mi casa me produce miedo. | | | | |
| 89 | Al disparar un arma siento que las manos y las piernas me tiemblan. | | | | |
| | FACIL ACCESO A ARMAS-SOCIAL | | | | |
| 90 | Me agrada estar en eventos donde se haga uso de armas. | | | | |
| 91 | Cuando alguien me ha agredido, he sentido la necesidad de portar un arma para defenderme | | | | |
| 92 | Considero que las personas que portan un arma son una amenaza para la sociedad. | | | | |

| | | | | | |
|-----|--|--|--|--|--|
| 93 | He hecho parte de un grupo, pandilla u organización donde se usan armas | | | | |
| 94 | Aceptaría como regalo un arma. | | | | |
| 95 | Contemplaría regalar un arma como herramienta de protección. | | | | |
| 96 | Prefiero salir con personas que por su profesión pueden hacer uso de armas. | | | | |
| 97 | Prefiero no salir con personas que por su profesión pueden hacer uso de armas. | | | | |
| 98 | Conozco el precio de un arma. | | | | |
| 99 | Un amigo me ha ofrecido un arma por protección. | | | | |
| 100 | Mis amigos portan algún tipo de arma. | | | | |
| | FACIL ACCESO A ARMAS-PSICOLOGICO | | | | |
| 101 | Me siento más valiente cuando porto un arma. | | | | |
| 102 | Pienso que un arma es sinónimo de poder. | | | | |
| 103 | Mi familia se siente más segura cuando tenemos un arma. | | | | |
| 104 | Mi familia se siente insegura por tener un arma. | | | | |
| 105 | Pienso que una persona que porta un arma corre menos riesgos que quien no las tiene. | | | | |
| 106 | Pienso que una persona que porta un arma corre más peligro, porque puede ser utilizada en su contra. | | | | |
| 107 | Pienso que todo el mundo debería tener un arma en casa. | | | | |
| 108 | Siento desconfianza frente a una persona que porta un arma. | | | | |

| | | | | | |
|-----|--|--|--|--|--|
| 109 | Me siento más seguro con una persona que porta un arma. | | | | |
| 110 | No contemplo la posibilidad de tener un arma en mi casa. | | | | |
| 111 | Me siento incapaz de disparar un arma. | | | | |
| 112 | El solo hecho de ver un arma me genera ansiedad. | | | | |
| 113 | Ver a una persona disparar me emociona. | | | | |
| 114 | Me sueño disparando armas. | | | | |
| 115 | Me gustaría aprender a disparar un arma. | | | | |
| 116 | Evito las películas donde utilizan armas porque me ponen nervioso. | | | | |
| | FACIL ACCESO A ARMAS-AMBIENTAL | | | | |
| 117 | Tengo fácil acceso a armas. | | | | |
| 118 | He usado alguna vez algún tipo de arma. | | | | |
| 119 | He querido entrar a las fuerzas militares para poder portar un arma. | | | | |
| 120 | Al ver una película con escenas violentas donde hay uso de armas, he tenido deseos de comprar una. | | | | |
| 121 | Me gusta coleccionar diferentes tipos de armas. | | | | |
| 122 | He pagado por disparar un arma. | | | | |
| 123 | Me siento atraído por prácticas como la caza. | | | | |
| 124 | Pienso que quienes portan un arma no deben consumir ninguna sustancia psicoactiva. | | | | |
| 125 | Me interesa tener conocimiento sobre cómo disparar un arma. | | | | |
| 126 | Si quiero acceder a un arma, tengo conocimiento de dónde puedo conseguirla. | | | | |

| | | | | | |
|--------------------------------------|---|--|--|--|--|
| 127 | He trabajado en seguridad privada donde un arma ha hecho parte de mi dotación. | | | | |
| EVENTOS ESTRESANTES-BIOLOGICO | | | | | |
| 128 | Me genera angustia saber que sufro de una enfermedad médica. | | | | |
| 129 | Me he visto afectado por enfermedades de alto riesgo para mi salud. | | | | |
| 130 | De una guerra, me preocupa el uso de armas biológica. | | | | |
| 131 | He estado contagiado de alguna enfermedad de trasmisión sexual. | | | | |
| 132 | He estado presente cuando una persona ha sufrido una convulsión o un ataque al corazón. | | | | |
| EVENTOS ESTRESANTES-SOCIAL | | | | | |
| 133 | Prefiero estar solo que en compañía de otras personas. | | | | |
| 134 | Siento que tengo una adecuada adaptación laboral. | | | | |
| 135 | Siento que tengo una adecuada adaptación académica. | | | | |
| 136 | Siento que tengo una adecuada adaptación social. | | | | |
| 137 | Siento que no tengo la capacidad de resolver los problemas que tengo con mi pareja. | | | | |
| 138 | Me he sentido humillado por mis compañeros y eso hace que me sienta muy mal. | | | | |
| 139 | Me involucro con facilidad en problemas legales o disciplinarios. | | | | |
| 140 | Siento que a las personas que me rodean no les interesa lo que me pasa | | | | |
| 141 | Me cuesta mantener una relación de pareja. | | | | |

| | | | | | |
|-----|--|--|--|--|--|
| 142 | La mayoría de personas con las que me relaciono me aprecia. | | | | |
| 143 | Yo creo que necesito de alguien para que me ayude a cuidarme. | | | | |
| 144 | Al terminar una relación sentimental siento que no puedo vivir más. | | | | |
| 145 | Espero lograr más cosas buenas en mi vida que el resto de la gente. | | | | |
| | EVENTOS ESTRESANTES-PSICOLOGICO | | | | |
| 146 | Veó el futuro con más pesimismo que optimismo. | | | | |
| 147 | Me siento inútil e inservible. | | | | |
| 148 | Veó un buen futuro para mí. | | | | |
| 149 | Cuando he fracasado he sentido que se me dificulta volver a comenzar. | | | | |
| 150 | Me he sentido tan fracasado alguna vez que no he querido salir de mi cama. | | | | |
| 151 | Con frecuencia me siento solo. | | | | |
| 152 | Me he sentido tan enfadado que he pensado que sería capaz de matar a alguien. | | | | |
| 153 | Me he sentido angustiado y desesperado en los últimos meses. | | | | |
| 154 | He pensado en abandonar todo porque no lo puedo hacer mejor | | | | |
| 155 | Cuando algo sale mal pienso que no va hacer así para siempre, que todo puede estar mejor | | | | |
| 156 | Me cuesta pensar en lo que será mi vida más adelante. | | | | |
| 157 | Espero tener éxito en todo lo me proponga. | | | | |
| 158 | Me cuesta encontrar solución a mis problemas | | | | |
| 159 | Espero ser más feliz que ahora. | | | | |

| | | | | | |
|-----|---|--|--|--|--|
| 160 | Como nunca logro lo que quiero me desanimo fácilmente | | | | |
| 161 | En las últimas semanas me he sentido más triste que de costumbre. | | | | |
| 162 | Tiendo a ser muy impulsivo. | | | | |
| 163 | Me siento presionado con demasiadas responsabilidades. | | | | |
| 164 | Siento que mi trabajo me exige demasiado. | | | | |
| 165 | Siento que la vida vale la pena. | | | | |
| 166 | El haber presenciado una muerte violenta hace que me sienta ansioso y temeroso. | | | | |
| 167 | A menudo me siento aislado de los demás. | | | | |
| 168 | Tiendo a reaccionar violentamente cuando algo no me sale como quiero. | | | | |
| 169 | Me siento culpable la mayor parte del tiempo. | | | | |
| 170 | Siento que tengo muchas razones para vivir. | | | | |
| 171 | Soy muy duro a la hora de evaluarme. | | | | |
| 172 | Me considero una persona introvertida. | | | | |
| 173 | Siento que puedo perder el control sobre mí mismo. | | | | |
| 174 | Se me dificulta terminar lo que comienzo. | | | | |
| 175 | He tenido fracasos en mis estudios académicos. | | | | |
| 176 | La mayor parte del tiempo me siento bien conmigo mismo. | | | | |
| | EVENTOS ESTRESANTES-AMBIENTAL | | | | |
| 177 | He tenido pérdidas afectivas importantes en mi vida. | | | | |
| 178 | He presenciado recientemente un evento que traumático. | | | | |

| | | | | | |
|-----|--|--|--|--|--|
| 179 | He pensado que mis experiencias pasadas me han preparado bien para el futuro. | | | | |
| 180 | Pienso que las cosas están mal y van a permanecer así. | | | | |
| 181 | Siento que mi situación es desesperante. | | | | |
| 182 | Hablo de forma natural acerca de la muerte. | | | | |
| 183 | He presenciado un desastre natural. | | | | |
| 184 | He presenciado situaciones de conflicto armado. | | | | |
| | ANTECEDENTES FAMILIARES-BIOLOGICO | | | | |
| 185 | Existen enfermedades mentales congénitas en mi familia. | | | | |
| 186 | Pienso que me puedo morir muy pronto porque en mi familia hay antecedentes de enfermedades cardiovasculares. | | | | |
| 187 | Pienso que me puedo morir muy pronto porque en mi familia hay antecedentes de diabetes. | | | | |
| 188 | En mi familia hay personas que han padecido cáncer. | | | | |
| 189 | En mi familia no hay ningún miembro que sufra de enfermedades graves. | | | | |
| | ANTECEDENTES FAMILIARES-SOCIAL | | | | |
| 190 | Mi familia cuenta con el apoyo de muchas personas. | | | | |
| 191 | Disfruto compartir con mi familia. | | | | |
| 192 | No me gusta pasar tiempo en compañía de mi familia. | | | | |
| 193 | Para mi familia es común reunirse con los vecinos. | | | | |
| 194 | Mi familia prefiere tener poco contacto con personas que no pertenecen a la familia. | | | | |

| ANTECEDENTES FAMILIARES-PSICOLOGICO | | | | | |
|--|---|--|--|--|--|
| 195 | Algún miembro de mi familia ha sufrido de alcoholismo o drogadicción. | | | | |
| 196 | Tengo algún familiar que padece de una enfermedad mental. | | | | |
| 197 | Un familiar ha estado internado en una clínica psiquiátrica. | | | | |
| 198 | Siento miedo de morir por una enfermedad terminal, puesto que en mi familia han muerto personas por estas enfermedades. | | | | |
| 199 | Siento que tengo una adecuada adaptación familiar. | | | | |
| 200 | Pienso que no le importo a mi familia, pues no he tenido contacto con ellos desde hace varios meses. | | | | |
| 201 | Considero mi infancia como negativa. | | | | |
| ANTECEDENTES FAMILIARES-AMBIENTAL | | | | | |
| 202 | Vincularme con las fuerzas militares es una forma de alejarme de mi familia. | | | | |
| 203 | He vivido conflictos con mi familia. | | | | |
| 204 | Siento que debo vincularme con las fuerzas militares porque tengo familia allí. | | | | |
| 205 | En mi familia se presentan discusiones y peleas. | | | | |
| 206 | Las reuniones sociales hacen parte de las cosas más importantes para mi familia. | | | | |

Apéndice 4
CALIFICACION DE EVALUACION DEL BANCO DE REACTIVOS

| | CRITERIOS / ITEMS | RESULTADO TOTAL DEL ITEM | COEFICIENTE DE RAZON DE VALIDEZ CONT. | OBSERVACION |
|----|---|--------------------------|---------------------------------------|---------------|
| | TRASTORNOS MENTALES-BIOLOGICO | | | |
| 1 | Me he sentido triste sin ninguna razón aparente | 3,7 | 1 | EXCELENTE |
| 2 | En las noches tengo pesadillas. | 3,3 | 0,4 | BUENO/REVISAR |
| 3 | Me cuesta trabajo conciliar el sueño | 3,6 | 1 | EXCELENTE |
| 4 | Durante las noches, me despierto varias veces. | 3,7 | 0,71 | EXCELENTE |
| 5 | He sentido que mi apetito ha disminuido notablemente durante las últimas semanas. | 3,5 | 0,4 | EXCELENTE |
| 6 | Ha estado hospitalizado recientemente por alguna enfermedad médica o psicológica. | 3 | 0,4 | BUENO/REVISAR |
| | TRASTORNOS MENTALES – SOCIAL | | | |
| 7 | Tengo poco interés de relacionarme con la gente. | 3,6 | 0,71 | EXCELENTE |
| | TRASTORNOS MENTALES – PSICOLÓGICO | | | |
| 8 | He sentido que las actividades que realizo no me generan el mismo placer que antes. | 3,6 | 1 | EXCELENTE |
| 9 | He escuchado voces que me han dicho que me haga daño. | 3,6 | 0,71 | EXCELENTE |
| 10 | Noto que puedo perder el control de mi mismo fácilmente. | 3,8 | 1 | EXCELENTE |
| 11 | Me preocupa sufrir alguna enfermedad mental. | 3,3 | 0,71 | BUENO/REVISAR |
| 12 | Me siento muy ansioso al pensar en el futuro. | 3,1 | 0,71 | BUENO/REVISAR |
| 13 | He asistido al psiquiatra. | 3 | 0,32 | BUENO/REVISAR |
| | TRASTORNOS MENTALES-AMBIENTAL | | | |
| 14 | Me he sentido perseguido. | 3,3 | 0,71 | BUENO/REVISAR |

| | | | | |
|---|--|-----|------|---------------|
| 15 | No me gusta estar en lugares concurridos porque siento que todos están en mi contra. | 3,2 | 0,4 | BUENO/REVISAR |
| ALCOHOLISMO Y CONSUMO DE SPA- BIOLÓGICO | | | | |
| 16 | El consumir sustancias psicoactivas relaja el cuerpo. | 3 | 0,32 | BUENO/REVISAR |
| ALCOHOLISMO Y CONSUMO DE SPA- SOCIAL | | | | |
| 17 | Algunos de mis amigos consumen sustancias psicoactivas. | 3,6 | 1 | EXCELENTE |
| 18 | Disfruto asistir a reuniones sociales donde consuman sustancias psicoactivas. | 3,5 | 1 | EXCELENTE |
| 19 | Las personas con las que me relaciono no son consumidoras sustancias psicoactivas. | 3,2 | 0,32 | BUENO/REVISAR |
| ALCOHOLISMO Y CONSUMO DE SPA-PSICOLÓGICO | | | | |
| 20 | Consumo sustancias psicoactivas y/o alcohólicas. | 3,6 | 1 | EXCELENTE |
| 21 | No consumir sustancias psicoactivas produce malestar físico. | 3,2 | 0,71 | BUENO/REVISAR |
| 22 | Uso el alcohol como una forma de escapar de la realidad. | 3,1 | 0,4 | BUENO/REVISAR |
| 23 | Pienso que las personas que consumen sustancias psicoactivas son débiles de carácter. | 3,1 | 0,32 | BUENO/REVISAR |
| ALCOHOL Y CONSUMO DE SPA-AMBIENTAL | | | | |
| 24 | He estado vinculado a algún tipo de tratamiento por dependencia o abuso de sustancias. | 3,7 | 1 | EXCELENTE |
| CONDUCTA SUICIDA-BIOLÓGICO | | | | |
| 25 | He recurrido a ayuda médica por haber intentado quitarme la vida. | 3,4 | 0,71 | EXCELENTE |
| 26 | Al conocer el caso de alguien que se suicidó, siento tristeza. | 3 | 0,4 | BUENO/REVISAR |

| CONDUCTA SUICIDA-SOCIAL | | | | |
|-------------------------------------|--|-----|------|---------------|
| 27 | He comentado a alguien el deseo de quitarme la vida. | 3,4 | 0,71 | BUENO/REVISAR |
| 28 | He tenido contacto con personas que han intentado quitarse la vida. | 3,5 | 1 | EXCELENTE |
| 29 | He tenido contacto con personas que se quitaron la vida. | 3,5 | 0,71 | EXCELENTE |
| 30 | Considero que mi familia estaría mejor sin mí. | 3,4 | 1 | BUENO/REVISAR |
| 31 | Considero que la sociedad estaría mejor sin mí. | 3,5 | 1 | EXCELENTE |
| 32 | Me he sentido atraído por juegos en los que se usan armas. | 3,1 | 0,4 | BUENO/REVISAR |
| 33 | Me identifico con una persona que ha intentado suicidarse. | 3,8 | 1 | EXCELENTE |
| 34 | Rechazo la forma de pensar de quienes han intentado suicidarse. | 3,4 | 1 | BUENO/REVISAR |
| 35 | Admiro a las personas que se han quitado la vida. | 3,9 | 1 | EXCELENTE |
| 36 | Siento lastima por las personas que no han encontrado una salida distinta a sus problemas y han recurrido al suicidio. | 3,4 | 0,71 | BUENO/REVISAR |
| 37 | Un tema de conversación con mis amigos es el suicidio. | 4 | 1 | EXCELENTE |
| CONDUCTA SUICIDA-PSICOLOGICO | | | | |
| 38 | Bajo el efecto del alcohol y/o sustancia psicoactiva he sentido deseo de quitarme la vida. | 3,6 | 0,71 | EXCELENTE |
| 39 | He tenido ideas suicidas. | 3,7 | 0,71 | EXCELENTE |
| 40 | He tenido pensamientos relacionados con la muerte. | 3,8 | 0,71 | EXCELENTE |
| 41 | He presentado pensamientos relacionados con suicidio. | 3,2 | 0,4 | BUENO/REVISAR |
| 42 | He planeado quitarme la vida. | 4 | 1 | EXCELENTE |

| | | | | |
|----|--|-----|------|---------------|
| 43 | Cuando he tenido un arma en mis manos, he contemplado la posibilidad de usarla en mi contra. | 3,5 | 0,71 | EXCELENTE |
| 44 | Siento que tengo más razones para morir que para vivir. | 3,9 | 1 | EXCELENTE |
| 45 | He tenido pensamientos de hacerme daño a mí mismo. | 3,5 | 0,4 | EXCELENTE |
| 46 | He recurrido a ayuda psicológica por haber intentado quitarme la vida. | 3,5 | 0,71 | EXCELENTE |
| 47 | No he pensado en quitarme la vida. | 3 | 0,32 | BUENO/REVISAR |
| 48 | Pienso en el suicidio como una posible solución a mis problemas. | 3,9 | 1 | EXCELENTE |
| 49 | Pienso que yo debería estar muerto. | 3,8 | 0,71 | EXCELENTE |
| 50 | He querido quitarme la vida, pero me da miedo el dolor. | 3,2 | 0,71 | BUENO/REVISAR |
| 51 | He pensado que me siento atrapado, sin salida y con deseos de morirme. | 3,5 | 0,4 | EXCELENTE |
| 52 | No he pensado hacerme daño por más triste que esté. | 3,4 | 0,4 | BUENO/REVISAR |
| 53 | He pensado en un plan o método para matarme. | 3,7 | 0,4 | EXCELENTE |
| | CONDUCTA SUICIDA-AMBIENTAL | | | |
| 54 | Me expongo con frecuencia a situaciones que me ponen al borde de la muerte. | 3,4 | 0,4 | BUENO/REVISAR |
| 55 | Cuando me enojo hago cosas que me dañan físicamente. | 3 | 0,4 | BUENO/REVISAR |
| 56 | He tenido curiosidad por ver a una persona quitándose la vida. | 3,1 | 0,4 | BUENO/REVISAR |
| 57 | La información que conozco de suicidio, la he conseguido a través de los medios de comunicación. | 3,3 | 0,71 | BUENO/REVISAR |
| | FACIL ACCESO A ARMAS-BIOLOGICO | | | |
| 58 | Al tener un arma siento que mis manos tiemblan, sudan y mi corazón se acelera. | 3,1 | 0,4 | BUENO/REVISAR |

| | | | | |
|---|---|-----|---------|---------------|
| 59 | Al tener un arma me siento tan nervioso que creo que me puedo desmayar. | 3 | 0,32 | BUENO/REVISAR |
| 60 | Saber que hay armas en mi casa me produce miedo. | 3,1 | 0,71 | BUENO/REVISAR |
| FACIL ACCESO A ARMAS-SOCIAL | | | | |
| 61 | Disfruto los eventos sociales donde hacen uso de armas | 3,1 | 0,4 | BUENO/REVISAR |
| 62 | Las personas que portan un arma son un riesgo para la sociedad. | 3,2 | 0,4 | BUENO/REVISAR |
| 63 | He hecho parte de un grupo, pandilla u organización donde se usan armas | 3 | 0,4 | BUENO/REVISAR |
| FACIL ACCESO A ARMAS-PSICOLOGICO | | | | |
| 64 | Me siento más valiente cuando porto un arma. | 3,2 | 0,32 | BUENO/REVISAR |
| 65 | Pienso que un arma es sinónimo de poder. | 3,1 | 0,71 | BUENO/REVISAR |
| 66 | Siento miedo de una persona que porta un arma. | 3 | 0,32 | BUENO/REVISAR |
| 67 | He contemplado la posibilidad de tener un arma en mi casa. | 3 | (-0,14) | BUENO/REVISAR |
| 68 | Me siento incapaz de disparar un arma. | 3,4 | 0,71 | BUENO/REVISAR |
| 69 | El sólo hecho de ver un arma me pone nervioso. | 3,1 | 0,4 | BUENO/REVISAR |
| 70 | Ver a una persona disparar me da miedo. | 3,1 | 0,32 | BUENO/REVISAR |
| 71 | Me sueño disparando armas. | 3 | 0,4 | BUENO/REVISAR |
| 72 | Evito las películas donde utilizan armas porque me ponen nervioso. | 3,1 | 0,4 | BUENO/REVISAR |
| FACIL ACCESO A ARMAS-AMBIENTAL | | | | |
| 73 | Tengo fácil acceso a armas. | 3,7 | 0,71 | EXCELENTE |
| 74 | He usado algún tipo de arma. | 3,4 | 0,4 | BUENO/REVISAR |
| 75 | He querido entrar a las fuerzas militares para poder portar un arma. | 3,5 | 0,71 | EXCELENTE |
| 76 | Al ver una película violenta, he tenido deseos de comprar un arma. | 3,1 | 0,32 | BUENO/REVISAR |
| 77 | He coleccionado armas. | 3,3 | 0,4 | BUENO/REVISAR |
| 78 | Quienes portan armas no deben consumir licor. | 3,2 | 0,4 | BUENO/REVISAR |
| 79 | Me interesa tener conocimiento sobre cómo disparar un arma. | 3,2 | 0,4 | BUENO/REVISAR |

| | | | | |
|--|---|-----|------|---------------|
| 80 | Si quiero acceder a un arma, tengo conocimiento de dónde puedo conseguirla. | 3,3 | 0,71 | BUENO/REVISAR |
| EVENTOS ESTRESANTES-BIOLOGICO | | | | |
| 81 | Me genera angustia saber que podría sufrir una enfermedad médica. | 3,4 | 0,4 | BUENO/REVISAR |
| 82 | Me he visto afectado por enfermedades de alto riesgo para mi salud. | 3,1 | 0,71 | BUENO/REVISAR |
| 83 | He estado contagiado de alguna enfermedad de transmisión sexual. | 3,1 | 0,71 | BUENO/REVISAR |
| EVENTOS ESTRESANTES-SOCIAL | | | | |
| 84 | Prefiero estar solo que en compañía de otras personas. | 3,8 | 1 | EXCELENTE |
| 85 | Siento que tengo una adecuada adaptación laboral. | 3,5 | 0,71 | EXCELENTE |
| 86 | Siento que tengo una adecuada adaptación académica. | 3 | 0,32 | BUENO/REVISAR |
| 87 | Siento que tengo una adecuada adaptación social. | 3,6 | 1 | EXCELENTE |
| 88 | Siento que no tengo la capacidad de resolver los problemas que tengo con mi pareja. | 3,5 | 1 | EXCELENTE |
| 89 | Me involucro con facilidad en problemas legales o disciplinarios. | 3,6 | 0,71 | EXCELENTE |
| 90 | Siento que a las personas que me rodean no les interesa lo que me pasa | 3,5 | 0,71 | EXCELENTE |
| 91 | Me cuesta mantener una relación de pareja. | 3,6 | 1 | EXCELENTE |
| 92 | La mayoría de personas con las que me relaciono me aprecia. | 3,1 | 0,32 | BUENO/REVISAR |
| 93 | Yo creo que necesito de alguien para que me ayude a cuidarme. | 3 | 0,32 | BUENO/REVISAR |
| 94 | Al terminar una relación sentimental siento que no puedo vivir más. | 3,5 | 1 | EXCELENTE |
| 95 | Espero lograr más cosas buenas en mi vida que el resto de la gente. | 3,4 | 0,71 | BUENO/REVISAR |
| EVENTOS ESTRESANTES-PSICOLOGICO | | | | |

| | | | | |
|-----|--|-----|------|---------------|
| 96 | Veo el futuro con más pesimismo que optimismo. | 3,9 | 1 | EXCELENTE |
| 97 | Me siento inútil e inservible. | 3,8 | 0,71 | EXCELENTE |
| 98 | Veo un buen futuro para mí. | 3,7 | 1 | EXCELENTE |
| 99 | Cuando he fracasado he sentido que se me dificulta volver a comenzar. | 3,6 | 1 | EXCELENTE |
| 100 | Me he sentido tan fracasado alguna vez que no he querido salir de mi cama. | 3,5 | 1 | EXCELENTE |
| 101 | Con frecuencia me siento solo. | 3,1 | 0,4 | BUENO/REVISAR |
| 102 | Me he sentido tan enfadado que he pensado que sería capaz de matar a alguien. | 3,3 | 0,32 | BUENO/REVISAR |
| 103 | Me he sentido angustiado y desesperado en los últimos meses. | 3,3 | 0,71 | BUENO/REVISAR |
| 104 | He pensado en abandonar todo porque no lo puedo hacer mejor | 3,3 | 1 | BUENO/REVISAR |
| 105 | Cuando algo sale mal pienso que no va hacer así para siempre, que todo puede estar mejor | 3,2 | 1 | BUENO/REVISAR |
| 106 | Me cuesta pensar en lo que será mi vida más adelante. | 3,7 | 1 | EXCELENTE |
| 107 | Espero tener éxito en todo lo me proponga. | 3,4 | 0,71 | BUENO/REVISAR |
| 108 | Me cuesta encontrar solución a mis problemas | 3,7 | 1 | EXCELENTE |
| 109 | Espero ser más feliz que ahora. | 3,3 | 0,4 | BUENO/REVISAR |
| 110 | Como nunca logro lo que quiero me desanimo fácilmente | 3,2 | 0,4 | BUENO/REVISAR |
| 111 | En las últimas semanas me he sentido más triste que de costumbre. | 3,8 | 1 | EXCELENTE |
| 112 | Tiendo a ser muy impulsivo. | 3,4 | 0,71 | BUENO/REVISAR |
| 113 | Me siento presionado con demasiadas responsabilidades. | 3,5 | 0,71 | EXCELENTE |
| 114 | Siento que mi trabajo me exige demasiado. | 3,8 | 1 | EXCELENTE |
| 115 | Siento que la vida vale la pena. | 3,7 | 1 | EXCELENTE |
| 116 | Tiendo a reaccionar violentamente cuando algo no me sale como quiero. | 3,4 | 0,71 | BUENO/REVISAR |
| 117 | Me siento culpable la mayor parte del tiempo. | 3,9 | 1 | EXCELENTE |

| | | | | |
|--|---|-----|------|---------------|
| 118 | Siento que tengo muchas razones para vivir. | 3,9 | 1 | EXCELENTE |
| 119 | Soy muy duro a la hora de evaluarme. | 3,2 | 0,71 | BUENO/REVISAR |
| 120 | Me considero una persona introversa. | 3 | 0,71 | BUENO/REVISAR |
| 121 | Siento que puedo perder el control sobre mí mismo. | 3,7 | 1 | EXCELENTE |
| 122 | Se me dificulta terminar lo que comienzo. | 3,8 | 1 | EXCELENTE |
| 123 | He tenido fracasos en mis estudios académicos. | 3,4 | 0,71 | BUENO/REVISAR |
| 124 | La mayor parte del tiempo me siento bien conmigo mismo. | 3,5 | 1 | EXCELENTE |
| EVENTOS ESTRESANTES-AMBIENTAL | | | | |
| 125 | He tenido pérdidas afectivas importantes en mi vida. | 3,7 | 1 | EXCELENTE |
| 126 | Mis experiencias pasadas me han preparado para el futuro. | 3 | 0,4 | BUENO/REVISAR |
| 127 | Pienso que las cosas están mal y van a permanecer así. | 3,5 | 1 | EXCELENTE |
| 128 | Siento que mi situación es desesperante. | 3,1 | 0,4 | BUENO/REVISAR |
| 129 | Hablo de forma natural acerca de la muerte. | 3,3 | 0,71 | BUENO/REVISAR |
| 130 | He presenciado situaciones de conflicto armado. | 3,1 | 0,71 | BUENO/REVISAR |
| ANTECEDENTES FAMILIARES-BIOLÓGICO | | | | |
| ANTECEDENTES FAMILIARES-SOCIAL | | | | |
| 131 | Mi familia cuenta con el apoyo de muchas personas. | 3,3 | 0,71 | BUENO/REVISAR |
| 132 | Disfruto compartir con mi familia. | 3,6 | 1 | EXCELENTE |
| 133 | No me gusta pasar tiempo en compañía de mi familia. | 3,2 | 0,4 | BUENO/REVISAR |
| ANTECEDENTES FAMILIARES-PSICOLÓGICO | | | | |
| 134 | El alcohol y las drogas son problemáticas que conocí en el ambiente familiar. | 3,3 | 0,71 | BUENO/REVISAR |
| 135 | Tengo algún familiar que padece de una enfermedad mental. | 3,2 | 0,4 | BUENO/REVISAR |

| | | | | |
|-----|--|-----|------|---------------|
| 136 | Un familiar ha estado internado en una clínica psiquiátrica. | 3,2 | 0,71 | BUENO/REVISAR |
| 137 | Siento que tengo una adecuada adaptación familiar. | 3 | 0,4 | BUENO/REVISAR |
| 138 | Pienso que no le importo a mi familia. | 3 | 0,32 | BUENO/REVISAR |
| | ANTECEDENTES FAMILIARES-AMBIENTAL | | | |
| 139 | Vincularme con las fuerzas militares es una forma de alejarme de mi familia. | 3,5 | 1 | EXCELENTE |
| 140 | He vivido conflictos con mi familia. | 3 | 0,32 | BUENO/REVISAR |
| 141 | En mi familia se presentan discusiones y peleas. | 3,5 | 1 | EXCELENTE |
| 142 | Las reuniones sociales hacen parte de las cosas más importantes para mi familia. | 3,4 | 0,71 | BUENO/REVISAR |

Apéndice 5

BANCO DE REACTIVOS FINAL

A las siguientes afirmaciones se dará respuesta a través de 4 indicadores, donde 1 es igual a siempre,(S) 2 es igual a frecuentemente,(F) 3 es igual a algunas veces(AV) y 4 (N) es igual a nunca.

| | CRITERIOS / ITEMS | SIEMPRE | FRECUENTEMENTE | ALGUNAS VECES | NUNCA |
|----|--|---------|----------------|---------------|-------|
| | TRASTORNOS MENTALES-BIOLOGICO | | | | |
| 1 | Me he sentido triste sin ninguna razón aparente | | | | |
| 2 | En las noches tengo pesadillas. | | | | |
| 3 | Me cuesta trabajo conciliar el sueño | | | | |
| 4 | Durante las noches, me despierto varias veces. | | | | |
| 5 | He sentido que mi apetito ha disminuido notablemente durante las últimas semanas. | | | | |
| 6 | Ha estado hospitalizado recientemente por alguna enfermedad médica o psicológica. | | | | |
| 7 | Tengo poco interés de relacionarme con la gente. | | | | |
| 8 | He sentido que las actividades que realizo no me generan el mismo placer que antes. | | | | |
| 9 | He escuchado voces que me han dicho que me haga daño. | | | | |
| 10 | Noto que puedo perder el control de mi mismo fácilmente. | | | | |
| 11 | Me preocupa sufrir alguna enfermedad mental. | | | | |
| 12 | Me siento muy ansioso al pensar en el futuro. | | | | |
| 13 | He asistido al psiquiatra. | | | | |
| 14 | Me he sentido perseguido. | | | | |
| 15 | No me gusta estar en lugares concurridos porque siento que todos están en mi contra. | | | | |

| | | | | | |
|----|--|--|--|--|--|
| | ALCOHOLISMO Y CONSUMO DE SPA- BIOLÓGICO | | | | |
| 16 | El consumir sustancias psicoactivas relaja el cuerpo. | | | | |
| 17 | Algunos de mis amigos consumen sustancias psicoactivas. | | | | |
| 18 | Disfruto asistir a reuniones sociales donde consuman sustancias psicoactivas. | | | | |
| 19 | Las personas con las que me relaciono no son consumidoras sustancias psicoactivas. | | | | |
| 20 | Consumo sustancias psicoactivas y/o alcohólicas. | | | | |
| 21 | No consumir sustancias psicoactivas produce malestar físico. | | | | |
| 22 | Uso el alcohol como una forma de escapar de la realidad. | | | | |
| 23 | Pienso que las personas que consumen sustancias psicoactivas son débiles de carácter. | | | | |
| 24 | He estado vinculado a algún tipo de tratamiento por dependencia o abuso de sustancias. | | | | |
| | | | | | |
| | CONDUCTA SUICIDA-BIOLÓGICO | | | | |
| 25 | He recurrido a ayuda médica por haber intentado quitarme la vida. | | | | |
| 26 | Al conocer el caso de alguien que se suicidó, siento tristeza. | | | | |
| 27 | He comentado a alguien el deseo de quitarme la vida. | | | | |
| 28 | He tenido contacto con personas que han intentado quitarse la vida. | | | | |
| 29 | He tenido contacto con personas que se quitaron la vida. | | | | |

| | | | | | |
|----|--|--|--|--|--|
| 30 | Considero que mi familia estaría mejor sin mí. | | | | |
| 31 | Considero que la sociedad estaría mejor sin mí. | | | | |
| 32 | Me he sentido atraído por juegos en los que se usan armas. | | | | |
| 33 | Me identifico con una persona que ha intentado suicidarse. | | | | |
| 34 | Rechazo la forma de pensar de quienes han intentado suicidarse. | | | | |
| 35 | Admiro a las personas que se han quitado la vida. | | | | |
| 36 | Siento lastima por las personas que no han encontrado una salida distinta a sus problemas y han recurrido al suicidio. | | | | |
| 37 | Un tema de conversación con mis amigos es el suicidio. | | | | |
| 38 | Bajo el efecto del alcohol y/o sustancia psicoactiva he sentido deseo de quitarme la vida. | | | | |
| 39 | He tenido ideas suicidas. | | | | |
| 40 | He tenido pensamientos relacionados con la muerte. | | | | |
| 41 | He presentado pensamientos relacionados con suicidio. | | | | |
| 42 | He planeado quitarme la vida. | | | | |
| 43 | Cuando he tenido un arma en mis manos, he contemplado la posibilidad de usarla en mi contra. | | | | |
| 44 | Siento que tengo más razones para morir que para vivir. | | | | |
| 45 | He tenido pensamientos de hacerme daño a mí mismo. | | | | |
| 46 | He recurrido a ayuda psicológica por haber intentado quitarme la vida. | | | | |
| 47 | No he pensado en quitarme la vida. | | | | |

| | | | | | |
|----|--|--|--|--|--|
| 48 | Pienso en el suicidio como una posible solución a mis problemas. | | | | |
| 49 | Pienso que yo debería estar muerto. | | | | |
| 50 | He querido quitarme la vida, pero me da miedo el dolor. | | | | |
| 51 | He pensado que me siento atrapado, sin salida y con deseos de morirme. | | | | |
| 52 | No he pensado hacerme daño por más triste que esté. | | | | |
| 53 | He pensado en un plan o método para matarme. | | | | |
| 54 | Me expongo con frecuencia a situaciones que me ponen al borde de la muerte. | | | | |
| 55 | Cuando me enojo hago cosas que me dañan físicamente. | | | | |
| 56 | He tenido curiosidad por ver a una persona quitándose la vida. | | | | |
| 57 | La información que conozco de suicidio, la he conseguido a través de los medios de comunicación. | | | | |
| | | | | | |
| | FACIL ACCESO A ARMAS-BIOLOGICO | | | | |
| 58 | Al tener un arma siento que mis manos tiemblan, sudan y mi corazón se acelera. | | | | |
| 59 | Al tener un arma me siento tan nervioso que creo que me puedo desmayar. | | | | |
| 60 | Saber que hay armas en mi casa me produce miedo. | | | | |
| 61 | Disfruto los eventos sociales donde hacen uso de armas | | | | |
| 62 | Las personas que portan un arma son un riesgo para la sociedad. | | | | |
| 63 | He hecho parte de un grupo, pandilla u organización donde se usan armas | | | | |
| 64 | Me siento más valiente cuando porto un arma. | | | | |

| | | | | | |
|----|---|--|--|--|--|
| 65 | Pienso que un arma es sinónimo de poder. | | | | |
| 66 | Siento miedo de una persona que porta un arma. | | | | |
| 67 | He contemplado la posibilidad de tener un arma en mi casa. | | | | |
| 68 | Me siento incapaz de disparar un arma. | | | | |
| 69 | El sólo hecho de ver un arma me pone nervioso. | | | | |
| 70 | Ver a una persona disparar me da miedo. | | | | |
| 71 | Me sueño disparando armas. | | | | |
| 72 | Evito las películas donde utilizan armas porque me ponen nervioso. | | | | |
| 73 | Tengo fácil acceso a armas. | | | | |
| 74 | He usado algún tipo de arma. | | | | |
| 75 | He querido entrar a las fuerzas militares para poder portar un arma. | | | | |
| 76 | Al ver una película violenta, he tenido deseos de comprar un arma. | | | | |
| 77 | He coleccionado armas. | | | | |
| 78 | Quienes portan armas no deben consumir licor. | | | | |
| 79 | Me interesa tener conocimiento sobre cómo disparar un arma. | | | | |
| 80 | Si quiero acceder a un arma, tengo conocimiento de dónde puedo conseguirla. | | | | |
| | | | | | |
| | EVENTOS ESTRESANTES-BIOLOGICO | | | | |
| 81 | Me genera angustia saber que podría sufrir una enfermedad médica. | | | | |
| 82 | Me he visto afectado por enfermedades de alto riesgo para mi salud. | | | | |
| 83 | He estado contagiado de alguna enfermedad de transmisión sexual. | | | | |
| 84 | Prefiero estar solo que en compañía de otras personas. | | | | |
| 85 | Siento que tengo una adecuada adaptación laboral. | | | | |

| | | | | | |
|-----|---|--|--|--|--|
| 86 | Siento que tengo una adecuada adaptación académica. | | | | |
| 87 | Siento que tengo una adecuada adaptación social. | | | | |
| 88 | Siento que no tengo la capacidad de resolver los problemas que tengo con mi pareja. | | | | |
| 89 | Me involucro con facilidad en problemas legales o disciplinarios. | | | | |
| 90 | Siento que a las personas que me rodean no les interesa lo que me pasa | | | | |
| 91 | Me cuesta mantener una relación de pareja. | | | | |
| 92 | La mayoría de personas con las que me relaciono me aprecia. | | | | |
| 93 | Yo creo que necesito de alguien para que me ayude a cuidarme. | | | | |
| 94 | Al terminar una relación sentimental siento que no puedo vivir más. | | | | |
| 95 | Espero lograr más cosas buenas en mi vida que el resto de la gente. | | | | |
| 96 | Veo el futuro con más pesimismo que optimismo. | | | | |
| 97 | Me siento inútil e inservible. | | | | |
| 98 | Veo un buen futuro para mí. | | | | |
| 99 | Cuando he fracasado he sentido que se me dificulta volver a comenzar. | | | | |
| 100 | Me he sentido tan fracasado alguna vez que no he querido salir de mi cama. | | | | |
| 101 | Con frecuencia me siento solo. | | | | |
| 102 | Me he sentido tan enfadado que he pensado que sería capaz de matar a alguien. | | | | |
| 103 | Me he sentido angustiado y desesperado en los últimos meses. | | | | |
| 104 | He pensado en abandonar todo porque no lo puedo hacer mejor | | | | |

| | | | | | |
|-----|--|--|--|--|--|
| 105 | Cuando algo sale mal pienso que no va hacer así para siempre, que todo puede estar mejor | | | | |
| 106 | Me cuesta pensar en lo que será mi vida más adelante. | | | | |
| 107 | Espero tener éxito en todo lo me proponga. | | | | |
| 108 | Me cuesta encontrar solución a mis problemas | | | | |
| 109 | Espero ser más feliz que ahora. | | | | |
| 110 | Como nunca logro lo que quiero me desanimo fácilmente | | | | |
| 111 | En las últimas semanas me he sentido más triste que de costumbre. | | | | |
| 112 | Tiendo a ser muy impulsivo. | | | | |
| 113 | Me siento presionado con demasiadas responsabilidades. | | | | |
| 114 | Siento que mi trabajo me exige demasiado. | | | | |
| 115 | Siento que la vida vale la pena. | | | | |
| 116 | Tiendo a reaccionar violentamente cuando algo no me sale como quiero. | | | | |
| 117 | Me siento culpable la mayor parte del tiempo. | | | | |
| 118 | Siento que tengo muchas razones para vivir. | | | | |
| 119 | Soy muy duro a la hora de evaluarme. | | | | |
| 120 | Me considero una persona introvertida. | | | | |
| 121 | Siento que puedo perder el control sobre mí mismo. | | | | |
| 122 | Se me dificulta terminar lo que comienzo. | | | | |
| 123 | He tenido fracasos en mis estudios académicos. | | | | |
| 124 | La mayor parte del tiempo me siento bien conmigo mismo. | | | | |
| 125 | He tenido pérdidas afectivas importantes en mi vida. | | | | |
| 126 | Mis experiencias pasadas me han preparado para el futuro. | | | | |

| | | | | | |
|-----|--|--|--|--|--|
| 127 | Pienso que las cosas están mal y van a permanecer así. | | | | |
| 128 | Siento que mi situación es desesperante. | | | | |
| 129 | Hablo de forma natural acerca de la muerte. | | | | |
| 130 | He presenciado situaciones de conflicto armado. | | | | |
| | | | | | |
| | ANTECEDENTES FAMILIARES-BIOLOGICO | | | | |
| 131 | Mi familia cuenta con el apoyo de muchas personas. | | | | |
| 132 | Disfruto compartir con mi familia. | | | | |
| 133 | No me gusta pasar tiempo en compañía de mi familia. | | | | |
| 134 | El alcohol y las drogas son problemáticas que conocí en el ambiente familiar. | | | | |
| 135 | Tengo algún familiar que padece de una enfermedad mental. | | | | |
| 136 | Un familiar ha estado internado en una clínica psiquiátrica. | | | | |
| 137 | Siento que tengo una adecuada adaptación familiar. | | | | |
| 138 | Pienso que no le importo a mi familia. | | | | |
| 139 | Vincularme con las fuerzas militares es una forma de alejarme de mi familia. | | | | |
| 140 | He vivido conflictos con mi familia. | | | | |
| 141 | En mi familia se presentan discusiones y peleas. | | | | |
| 142 | Las reuniones sociales hacen parte de las cosas más importantes para mi familia. | | | | |