

Ideación Suicida y Apoyo Social

Validación española del indicador de ideación suicida de la escala GHQ-28, y su relación con el apoyo social

LUCÍA FERNÁNDEZ ALBA

TRABAJO FIN DE GRADO

Tutor: José Antonio Llosa Fernández

Convocatoria: | Noviembre | Enero | Mayo | Julio
(marque X lo que proceda)

Curso académico: 2023/ 2024

GRADO DE EDUCACIÓN SOCIAL
UNIVERSIDAD DE OVIEDO



DECLARACIÓN DE AUTORÍA Y ORIGINALIDAD DEL TRABAJO FIN DE GRADO¹

D^a. Lucía Fernández Alba, estudiante del Grado en Educación Social de la Facultad Padre Ossó (Centro Adscrito a la Universidad de Oviedo) del curso 2023-2024, como autor/a del TFG titulado:

IDEACIÓN SUICIDA Y APOYO SOCIAL: VALIDACIÓN ESPAÑOLA DEL INDICADOR DE IDEACIÓN SUICIDA DE LA ESCALA GHQ-28, Y SU RELACIÓN CON EL APOYO SOCIAL

DECLARO QUE: El trabajo que presento para su exposición y defensa es original y no he utilizado fuentes de información, sin mencionar de forma clara y estricta su origen, tanto en el cuerpo del texto como en la bibliografía. Asimismo, soy plenamente consciente de que el hecho de no respetar estos términos es objeto de sanciones universitarias y/o de otro orden.

En Oviedo, a 3 de Junio de 2024

Firmado: Lucía Fernández Alba

¹ Acuerdo de 5 de marzo de 2020, del Consejo de Gobierno de la Universidad de Oviedo, por el que se aprueba el Reglamento sobre la asignatura Trabajo Fin de Grado en la Universidad de Oviedo, art. 8.3: “La memoria del TFG presentado deberá incluir, de forma obligatoria, una declaración del estudiante que asegure la originalidad de la obra y que se han citado debidamente las fuentes utilizadas. El tribunal que evalúa el trabajo podrá utilizar herramientas informáticas para detectar coincidencias”.

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN	5
1.1 JUSTIFICACIÓN DEL TEMA	6
1.2 OBJETIVOS	7
2. MARCO TEÓRICO	8
2.1 FENÓMENO SUICIDA	8
2.2 PREVALENCIA Y DATOS	10
2.4 ESCALAS	16
2.5 APOYO SOCIAL E IDEACIÓN SUICIDA	20
3. MÉTODO	23
3.1 PARTICIPANTES	23
3.2 INSTRUMENTOS	25
3.3 PROCEDIMIENTO	28
3.4 ANÁLISIS DE DATOS	28
4. RESULTADOS	32
5. DISCUSIÓN	36
5.1 LIMITACIONES	38
6. CONCLUSIONES E IMPLICACIONES	39
7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	41
8. ANEXOS	50
8.1 ESCALA GHQ-28	50
8. 2 ESCALA IDEACIÓN SUICIDA (GHQ-28)	53
8. 3 ESCALA DE APOYO SOCIAL (MOS)	54

IDEACIÓN SUICIDA Y APOYO SOCIAL: VALIDACIÓN ESPAÑOLA DEL INDICADOR DE IDEACIÓN SUICIDA DE LA ESCALA GHQ-28, Y SU RELACIÓN CON EL APOYO SOCIAL

SUICIDAL IDEATION AND SOCIAL SUPPORT: SPANISH VALIDATION OF THE SUICIDAL IDEATION INDICATOR OF THE GHQ-28 SCALE AND ITS RELATIONSHIP WITH SOCIAL SUPPORT

RESUMEN

El estudio se centró en adaptar y validar el indicador de ideación suicida de la Escala GHQ-28 al contexto español, con el propósito de comprender su relación con el apoyo social. Partiendo del reconocimiento del suicidio como un problema de salud pública en España, se buscó proporcionar una herramienta confiable para evaluar el riesgo suicida en la población. Se llevaron a cabo análisis factoriales para evaluar la estructura de la escala y su capacidad para medir la ideación suicida, así como para examinar las correlaciones con otros constructos como la ansiedad, la disfunción social y la satisfacción con la vida. Se exploró además el impacto del apoyo social en la ideación suicida, prestando especial atención a posibles diferencias de género. El estudio se enmarcó en un enfoque de educación social, reconociendo la complejidad del fenómeno y la importancia de considerar tanto aspectos psicológicos como sociales en su comprensión y prevención.

Palabras clave: Ideación suicida, Cuestionario General de Salud, Fenómeno suicida, Apoyo social, Educación social, Análisis factorial

ABSTRACT

This study focused on adapting and validating the suicidal ideation indicator of the GHQ-28 Scale to the Spanish context, aiming to understand its relationship with social support. Recognizing suicide as a significant public health issue in Spain, the study aimed to provide a reliable tool for assessing suicide risk in the population. Factorial analyses were conducted to evaluate the scale's structure and its ability to measure suicidal ideation, as well as to examine correlations with constructs such as anxiety, social dysfunction, and life satisfaction. Additionally, the impact of social support on suicidal ideation was explored, with particular attention to gender differences. The study was framed within a social education approach, acknowledging the complexity of the phenomenon and the importance of considering both psychological and social aspects in its understanding and prevention.

Key words: Suicidal ideation, General Health Questionnaire, Suicidal phenomenon, Social support, Social education, Factorial analysis

1. INTRODUCCIÓN

El suicidio, definido como la muerte autoinflingida causada debido a la intención de morir, se trata de un proceso que pasa por diferentes fases (Van Heeringen, 2003). Comienza con la aparición de pensamientos suicidas (ideación suicida), continúa con intentos suicidas y finaliza con estos, la muerte de la persona (suicidio) tras un intento suicida victorioso. El suicidio se trata de la principal causa de muerte externa en España, situado por encima de caídas accidentales, ahogamiento y sofocación, y accidentes de tráfico (INE, 2023). Por ende, este fenómeno, que puede surgir como resultado de diversos factores a los que se expone el ser humano, constituye un desafío significativo para profesionales de la salud y la educación social. En este contexto, la presente investigación se adentra en la validación de los ítems asociados a la ideación suicida dentro de la escala GHQ-28, una herramienta ampliamente utilizada en la evaluación de la salud mental.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), más de 700,000² personas mueren cada año en todo el mundo por suicidio, lo que equivale a una muerte cada 40 segundos (OMS, 2021). En el año 2023 se registraron en España 1,967 fallecimientos por causa del suicidio, de los cuales el 75.2% correspondían a hombres y el 24.8% a mujeres (INE, 2023). Además de los datos de suicidio, se calcula que se producen de media 80,000 intentos al año en España (Observatorio del Suicidio en España, 2022). Los intentos de suicidio se definen como acciones autolesivas llevadas a cabo con la intención de provocar la propia muerte, aunque no culminen en ese desenlace (Klonsky et al., 2016).

El apoyo social juega un papel esencial en el bienestar emocional y la salud mental, siendo un factor determinante en la prevención de la ideación suicida. Se define como el grado en que una persona satisface sus necesidades sociales básicas mediante la interacción con otros (Barrón, 1996). Estudios revelan que la falta o debilidad del apoyo social está estrechamente relacionada con conductas suicidas, mostrando una menor probabilidad de presentar estos comportamientos en aquellos individuos que mantienen relaciones cercanas en comparación con aquellos que carecen de estos vínculos (Wasserman, 2001). Debido a la gravedad de las cifras de suicidio en el mundo, se han ido creando instrumentos de medida que permiten detectar ciertos problemas de salud en el mundo.

² En el texto de TFG se tratarán las cifras de acuerdo a las normas anglosajonas, por ser el uso habitual en documentos científicos internacionales. De este modo, las unidades de millar se indicarán con comas y los decimales con puntos.

Un ejemplo de estos instrumentos de medida es la escala GHQ-28, desarrollada en el año 1979 por Ivan K. Goldberg, la cual ha demostrado ser de gran utilidad en la detección de problemas de salud mental en diversas poblaciones a nivel mundial. Se trata de una escala que mide varios aspectos, entre los que se encuentran la depresión mayor, sintomatología somática, los niveles de ansiedad e insomnio, y la disfunción social (Goldberg, 1979).

Pese a que la escala establece únicamente la medición de los ítems mencionados, se considera que podría ser de gran utilidad para identificar la ideación suicida en la población. La validación de sus ítems específicos en relación con la ideación suicida aún no se ha realizado en el contexto español. Es necesario comprender que la evaluación precisa de la ideación suicida es fundamental para la prevención y la intervención temprana en situaciones de riesgo.

La validación de los ítems de la GHQ-28 no solo contribuirá a la comprensión de este fenómeno complejo, sino que también proporcionará a los profesionales de la educación social una herramienta adecuada para identificar y abordar el riesgo suicida entre las poblaciones atendidas.

En resumen, esta investigación busca proporcionar una nueva herramienta de detección de la ideación suicida, mediante la validación de los ítems relacionados con este aspecto dentro de la escala GHQ-28; además de conocer la relación existente entre el apoyo social que presenta la persona y el impacto de este en la ideación suicida.

1.1 JUSTIFICACIÓN DEL TEMA

En España el suicidio ha sido la primera causa de muerte externa durante varios años consecutivos. En el año 2023, 1,967 personas cometieron un acto de suicidio que desencadenó su la muerte en el país (INE, 2023). Pese a la gravedad de las cifras, se ha observado mediante estudios el aumento del número de personas que han tenido intentos de suicidio aunque no se encuentren en las cifras de suicidios consumados. Los intentos de suicidio son entre 10 y 20 veces más frecuentes que los suicidios consumados (Bilsen, 2018).

El apoyo social es un gran condicionante en el suicidio y también de aquellos conceptos asociados al mismo que se mencionan en el trabajo (ideación suicida, tentativas de suicidio, etc), siendo uno de los factores de riesgo asociados a esta causa de muerte (Imran et al., 2009). Se refiere al grado en que la persona, mediante su interacción con otros, satisface sus necesidades sociales básicas (Barrón, 1996).

La Educación Social es una disciplina que surge para dar respuesta a necesidades sociales y educativas, tratando a su vez de promover el desarrollo, el bienestar individual y grupal, el crecimiento y la calidad de vida de las personas (AIEJI, 2005). Esta profesión se enmarca en una estrategia especializada de inserción comunitaria, especialmente con aquellas personas que enfrentan dificultades en su integración social (AIEJI, 2005).

Dentro de todas las funciones asociadas a la profesión del educador social, se encuentra la función de “Conocimiento, análisis e investigación de los contextos sociales y educativos”, la cual está estrechamente relacionada con la necesidad de ser conocedores del contexto para poder implementar los métodos y estrategias adecuadas a cada situación y persona (ASEDES-CGCEES, 2007). Las escalas psicométricas son herramientas de investigación e intervención fundamentales, que facilitan la medición de determinados contextos y permiten a los educadores sociales garantizar la exactitud de los resultados obtenidos. Por ello, en este trabajo se pretende generar una herramienta de trabajo para los educadores sociales (y otros profesionales del ámbito social) relacionada con la detección de la ideación suicida, además de conocer el impacto que tiene el apoyo social en esta sintomatología.

1.2 OBJETIVOS

A continuación se expone el objetivo general y los objetivos específicos del trabajo de fin de grado:

OBJETIVO GENERAL

Adaptar y Validar al contexto español el indicador de ideación suicida de la escala GHQ-28 de salud mental, para comprender la relación que el apoyo social establece con la ideación suicida.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Analizar la estructura factorial de la escala GHQ-28 y su capacidad para medir la ideación suicida.
2. Analizar la fiabilidad y validez de la escala adaptada el contexto español en relación con la medición de la ideación suicida
3. Comprender la influencia del apoyo social en relación con la ideación suicida desde una perspectiva de género

2. MARCO TEÓRICO

El presente apartado aborda diversos aspectos fundamentales para responder al objetivo del trabajo de fin de grado, además de comprender el fenómeno suicida y su relevancia en la educación social. Se explora la prevalencia y datos estadísticos sobre este fenómeno suicida en la sociedad. También se analizan algunas escalas de medición de la ideación suicida. Por último, se discute la importancia del apoyo social en este fenómeno.

2.1 FENÓMENO SUICIDA

El suicidio se define como la muerte causada por un comportamiento autoinfligido con la intención de morir como resultado de dicho comportamiento (Klonsky et al., 2016). Se trata de un acto consciente e impulsivo llevado a cabo cuando se cuenta con poca capacidad para enfrentar eventos estresantes en la vida como problemas financieros, enfermedades, o se han experimentado situaciones de discriminación, abuso o violencia (García & Jaramillo, 2015). Autores como Van Heeringen (2003) identifican el acto suicida como un proceso que comienza con la aparición de pensamientos suicidas, pasa por intentos suicidas y finaliza con estos intentos suicidas logrando la muerte de la persona. Dentro de las categorías de las conductas suicidas se encuentran conceptos como la ideación suicida, el intento de suicidio, las conductas autolesivas y finalmente ese acto voluntario que resulta en la muerte, el suicidio (García & Jaramillo, 2015).

El término ideación suicida se refiere a aquellos pensamientos, consideraciones o planes intrusivos y repetitivos acerca de quitarse la vida (Suarez, 2022; García & Jaramillo, 2015). Se considera el primer paso hacia el intento y el suicidio consumado, y pueden ir precedidos del plan de suicidio, en el cual la persona planifica el método de autolesión mediante el cual pretende finalizar con su vida (García & Jaramillo, 2015).

Por otra parte, los intentos de suicidio son acciones autolesivas con la intención de morir, aunque no resulten en la muerte (Klonsky et al., 2016). Estos últimos son entre 10 y 20 veces más frecuentes que los suicidios consumados, con aproximadamente el 2.5% de la población reportando haber tenido pensamientos suicidas en algún momento de su vida (Bilsen, 2018). Es importante distinguir estos comportamientos suicidas de las autolesiones no suicidas (NSSI), que implican dañar el propio cuerpo sin intención de morir.

Las NSSI pueden preceder a los intentos de suicidio y ser indicativas de futuros comportamientos suicidas (Poudel et al., 2022). Son actos de destrucción directa y deliberada del tejido corporal sin la intención de morir (Suarez, 2022). Estas conductas pueden realizarse con motivo de aliviar esa tensión emocional sin la intención de suicidarse; sin embargo, estudios indican que entre el 50% y el 75% de las personas con antecedentes de NSSI también han intentado suicidarse en algún momento (Suarez, 2022).

Dentro de los factores de riesgo, además del antecedente de intentos previos de suicidio, ya previamente mencionado, los trastornos de salud mental juegan un papel fundamental. La OMS (2021) considera los trastornos de salud mental como un condicionante de la ideación suicida, siendo la depresión uno de los factores más significativos en este aspecto. El trastorno límite de personalidad presenta tasas de intentos de suicidio duplicadas en comparación con aquellos solo diagnosticados con depresión. Una parte considerable de estos individuos muere por suicidio, y la mayoría intenta quitarse la vida al menos una vez (Briongos et al., 2022). Además, los trastornos de la conducta alimentaria, como la anorexia nerviosa o la bulimia, están asociados con comportamientos autolíticos y autolesiones, incrementando significativamente el riesgo de suicidio; la prevalencia de autolesiones en este colectivo varía entre el 25 y el 55% (Briongos et al., 2022).

Por otro lado, la desesperanza (vinculada al sentimiento de carga para otros) y el aislamiento social también son considerados factores de riesgo. Ambos conceptos se relacionan con la ausencia de apoyo social, el cual puede generar una pérdida de interés en la vida aumentando la vulnerabilidad de suicidio (Imran et al., 2009). La sensación de ineficacia o inutilidad, común en situaciones como el desempleo, bajos ingresos y enfermedades crónicas, también puede aumentar la carga emocional, dificultando la búsqueda de ayuda para enfrentar los problemas (Joiner et al., 2005).

El alcoholismo surge como un factor de riesgo extremadamente alto y un precipitante común en casos de suicidio, presente en un amplio rango, del 25% al 58% de los suicidios consumados (Briongos et al., 2022).

Estos factores de riesgo no solo se relacionan con la ideación suicida y los intentos de suicidio previos, sino también con la planificación del suicidio y la comunicación de amenazas (verbal o no verbal), destacando la importancia de abordar las necesidades específicas de estos grupos para prevenir el comportamiento suicida.

Por último, basándose en la Teoría Psicológica Interpersonal del Suicidio (TPIS) propuesta por Thomas Joiner (2005), las personas que se suicidan realizan este acto en base al cumplimiento de 3 componentes. La persona se percibe como una carga para los demás, debe de haber una falta de conexión social y pertenencia, y por último es necesario que adquiera la capacidad necesaria para consumar el suicidio (Van Orden et al., 2010). Joiner (2005) sostiene que las personas que mueren por suicidio lo hacen porque su deseo de morir es tan fuerte como su capacidad de ejecutar el acto, sin esta capacidad de actuación la persona no será capaz de morir por suicidio. El hecho de que la persona se perciba como una carga para los demás no implica que realmente deba ser percibida como tal (Trejo et al., 2023). A su vez, el segundo componente hace referencia al sentimiento de soledad y aislamiento que se produce por la ausencia de esa conexión social significativa. Si bien estos dos componentes por sí solos pueden relacionarse con la ideación suicida, requieren del último componente para dar el paso a la acción suicida (Trejo et al., 2023). En su teoría, Joiner (2005) argumenta que una exposición repetida a experiencias traumáticas puede reducir el miedo al dolor y la muerte, facilitando el desarrollo de este último componente (capacidad de acción).

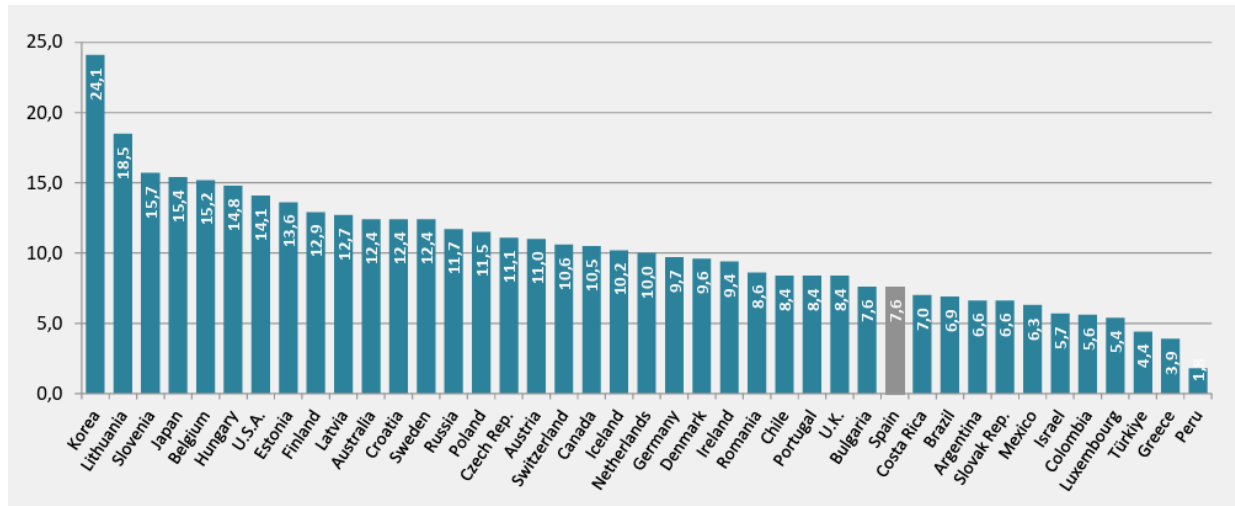
2.2 PREVALENCIA Y DATOS

El suicidio es un fenómeno de salud pública que afecta a nivel mundial, con un notable impacto en diversas poblaciones y regiones. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), más de 700,000 personas mueren cada año por suicidio, lo que equivale a una muerte cada 40 segundos (OMS, 2021). Además se calcula, en base a los datos de la OMS, que en España se producen de media 80,000 intentos de suicidio al año (Observatorio del Suicidio en España, 2022). Estas estadísticas reflejan la magnitud del problema y la necesidad de abordarlo de manera efectiva.

A nivel mundial, el suicidio es una de las principales causas de muerte, causando más de una por cada 100 muertes (1.3%) en 2019 (OMS, 2021). Para algunos países del sur de África y Europa del Este, las tasas estimadas de suicidio son altas (con más de 15 muertes anuales por cada 100.000 habitantes), frente a otros países de Europa, América del Sur y Asia, cuyas tasas son más bajas (menos de 10 muertes anuales por cada 100.000) (OMS, 2020). Corea del Sur y Lituania se sitúan entre los países con mayor tasa de suicidio de la OCDE (2021), con tasas de 24.1 y 18.5 por cada 100,000 habitantes respectivamente. En esta lista, España se encuentra en el número 30 (de 41 países), con una tasa de 7.6 por cada 100,000 habitantes (Figura 1).

Figura 1

Tasas de suicidio en países OCDE en el año 2021, recogidas en tasa por 100,000 habitantes.



Nota. Fuente: OECD (2023), *Suicide rates (indicator)*.

En el contexto europeo, España se encuentra entre los países con tasas relativamente bajas de suicidio; por primera vez desde 2008 el suicidio deja de ser la principal causa externa de muerte en el país, pasando a ocupar su lugar el ahogamiento, la sumersión y la sofocación accidentales (Observatorio del suicidio en España, 2022). Sin embargo, el suicidio sigue siendo la segunda causa de muerte en los jóvenes de entre 15 y 34 años (Suárez-Soto et al., 2020).

Además, los datos del Instituto Nacional de Estadística (INE) muestran una tendencia al alza en el número de suicidios en España en los últimos años, aumentando de 3,539 a 4,227 casos entre 2018 y 2022 (INE, 2023).

Las diferencias de género también son evidentes en las estadísticas de suicidio (véase Tabla 2). En 2022 se produjeron 4,227 suicidios en España, de los cuales el 74% corresponde al grupo de hombres (N=3,126) y el 26% a las mujeres (N=1,101) (INE, 2023). Pese a esta disparidad, se ha observado que son las mujeres quienes presentan mayor número de intentos de suicidio (Suárez-Soto et al., 2018).

Tabla 2

Valores absolutos del suicidio como causas externa de muerte según edad y sexo en el año 2022.

		Todas las edades	Menores de 20 años	De 20 a 39 años	De 40 a 64 años	De 65 y más años
	Ambos sexos	4,227	87	702	2,144	1,294
	Hombres	3,126	53	516	1,608	949
Suicidio	Mujeres	1,101	34	186	536	345

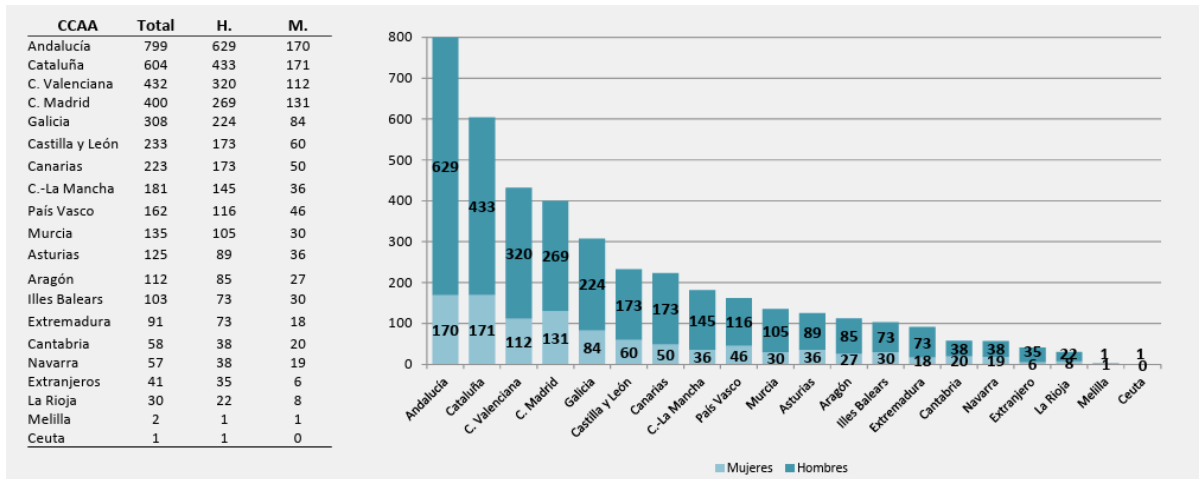
Nota. Fuente: Defunciones según la Causa de Muerte primer semestre 2023 y año 2022 (INE, 2023).

En términos regionales, Asturias se posiciona en el puesto nº 11 en cuanto a números absolutos de muerte por suicidios por CC.AA en 2022, con una cantidad de 125 defunciones (Figura 2). Andalucía y Cataluña son las comunidades con mayor número, siendo estos 799 y 604, respectivamente (INE, 2023). Si se relacionan estas cifras absolutas con los volúmenes poblacionales, el caso de Asturias se descubre con gran relevancia. Como se indica en la Figura 3, Asturias ocupa el primer lugar en tasas de suicidio en el año 2022, con 12.44 suicidios consumados por 100,000 habitantes (INE, 2023). Esta diferencia entre los valores la posición en términos de valores absolutos y tasas está influenciada por el volumen de población de cada comunidad autónoma (Observatorio del Suicidio en España, 2022). Asturias en el año 2021 registró un número de 1,011,792 personas, frente a Andalucía con 8,472,407 y Cataluña 7,763,362 (INE, s.f).

De los 131 casos registrados en el Principado de Asturias en el año 2021, 90 de ellos eran hombres frente a 41 mujeres. El rango de edad más afectado se encuentra entre los 40 y los 64 años, con un total de 68 defunciones, lo que significa un 51.91% del total de defunciones en 2021 en Asturias (véase Tabla 3) (Plataforma Nacional para el Estudio y la Prevención del Suicidio, s.f.).

Figura 2

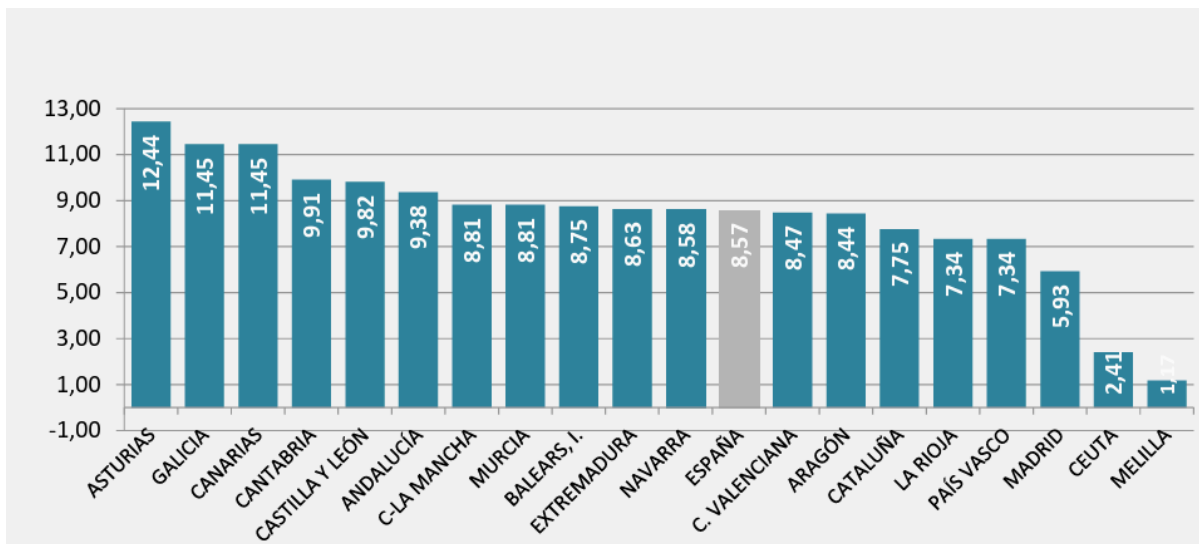
Número de suicidios en el año 2022 desagregados por sexo y comunidades autónomas españolas.



Nota. Fuente: Estadísticas de Defunción por Causa de Muerte 2022. (INE, 2023).

Figura 3

Tasas de suicidio en el año 2022, recogidas en tasa por 100,000 habitantes y desagregadas por comunidades autónomas españolas.



Nota. Fuente: Estadísticas de Defunción por Causa de Muerte 2022. (INE, 2023).

Tabla 3

Valores absolutos del suicidio en el Principado de Asturias en el año 2021.

		Todas las edades	10-24 años	25-39 años	40-64 años	Más de 64 años
Porcentaje (%)		100	3.82	9.16	51.91	35.11
Suicidio	Frecuencia	131	5	12	68	46

Nota. Fuente: Mapa de la Plataforma Nacional de Prevención del Suicidio. (Plataforma Nacional de Prevención del Suicidio, s.f.).

Pese a los datos estadísticos proporcionados sobre el suicidio en España y otras partes del mundo, se estima que estos números posiblemente estén infraestimados. Esto se debe a la dificultad de medir la causa real de la muerte de la persona tras esta fallecer, y puede variar en función del método que haya causado su muerte.

Los casos de suicidio por ahogamiento, sobreingesta de fármacos o mediante accidente de tráfico son más complejos de diagnosticar que otros causados por ahorcamiento o armas de fuego (Giner & Guije, 2014). Existen trabajos, en los que las cifras de muertes por suicidio ofrecidas por el INE difieren de las obtenidas por el Instituto de Medicina Legal (IML), en el mismo periodo de tiempo. Como ejemplo, en el estudio de Calvet-Roura et al (2012) mostró que durante el periodo 2006-2009 el INE registró 215 suicidios en la provincia de Girona, mientras que el IML había registrado 269 durante esos cuatro años. Lo mismo sucede con los intentos de suicidio y la ideación suicida. Los datos sobre los intentos de suicidio aparecen relacionados con los servicios de urgencia, dejando fuera aquellos casos en los que la persona no haya sido vista por terceros (Giner & Guije, 2014). La ideación suicida es aún más compleja de cuantificar, siendo necesario el uso de escalas y/o encuestas que puedan facilitar el acercamiento a la ideación y posibles tentativas de suicidio (véase apartado sobre escalas).

2.3 SUICIDIO Y EDUCACIÓN SOCIAL

La Educación Social se trata de una disciplina que promueve la inclusión de todas las personas en la comunidad, independientemente de la situación en la que se encuentren o del motivo por el que tengan dificultades en su articulación social.

La Asociación Internacional de Educadores Sociales (AIEJI) (2005) define la educación social como la teoría que analiza cómo las condiciones sociales, materiales, psicológicas, y diferentes orientaciones de valores potencian o repercuten en el desarrollo de la persona, su crecimiento, su calidad de vida y su bienestar. Se trata de una profesión basada en la Declaración de los Derechos Humanos de la ONU, la cual presupone la comprensión de la integridad y valor de cualquier persona, sin importar aspectos como su raza, sexo, edad, creencias y estatus (AIEJI, 2005).

Según el código deontológico, la Educación Social es una profesión pedagógica encargada de generar contextos socioeducativos y llevar a cabo acciones mediadoras y formativas, lo cual realizan a través de actividades que promueven la inclusión del individuo en varias redes sociales fomentando así la socialización, autonomía y participación en la comunidad (ASEDES-CGCEES, 2007). En este sentido, el educador y/o la educadora social trabaja con el fin de reducir las desigualdades y la exclusión social con el objetivo de que todas las personas puedan mejorar las condiciones de vida que generan un impacto negativo en su bienestar.

El término exclusión social se define como un proceso de acumulación de diversos factores causantes de desventajas o vulnerabilidad social, los cuales limitan el acceso a oportunidades de desarrollo personal y social (Hernández, 2008). La exclusión social va más allá de una carencia material, se tratan a su vez de aspectos como la discriminación, el rechazo o debilidad de las redes sociales, y la estigmatización (Subirats et al., 2009). Este concepto se caracteriza por un alejamiento progresivo de la integración social de la persona, posiblemente a causa de diversos factores que actúan como barrera y desventaja en la vida de la persona (Rizo, 2006). Esta situación de alejamiento de la sociedad, asociada a una reducción de la socialización y del contacto con otras redes sociales, está altamente conectada con la ideación suicida. Como se ha mencionado anteriormente, el aislamiento social es uno de los factores condicionantes para el concepto de suicidio.

El suicidio es un grave problema de salud pública que afecta a la población a nivel global, y que requiere de un aumento de programas de sensibilización y conocimiento del término para trabajar en su prevención. Aparece recogido dentro del objetivo 3 de la Agenda 2030, como indicador de la meta 3.4 de los Objetivos de Desarrollo Sostenible: “De aquí a 2023, reducir a un tercio la mortalidad prematura por enfermedades no transmisibles mediante su prevención y tratamiento, y promover la salud mental y bienestar” (Naciones Unidas, 2015).

Para disminuir la probabilidad de que se lleven a cabo intentos de suicidio, se debe trabajar en base a una serie de factores protectores contra el comportamiento suicida, los cuales aparecen clasificados en tres bloques: factores individuales, familiares y sociales (Avilés, 2020). Los factores individuales hacen referencia a trabajar la autoestima y confianza en uno mismo, la gestión emocional, la actitud, las habilidades sociales, el estilo de vida de la persona (alimentación, actividad física, consumo de sustancias, etc), entre otros. Los factores familiares se relacionan con el apoyo familiar, su relación, la calidad de comunicación y capacidad de expresarse, etc. Finalmente, los factores sociales son aquellos que implican un contacto con personas externas, sus relaciones, redes afectivas, el acceso a servicios, la pertenencia a un grupo, etc (Avilés, 2020).

Los educadores sociales pueden trabajar en la prevención del suicidio con la implementación de proyectos y actividades diseñados y adaptados al colectivo en riesgo de sufrirlo. También pueden participar en campañas de sensibilización y difusión de material informativo para familiares y profesionales. Todo ello, se ve recogido en una de las funciones de estos profesionales, establecida en el catálogo de funciones y competencias del educador social: *Generación de redes sociales contextos, procesos y recursos educativos y sociales* (ASEDES-CGCEES, 2007, p. 46). Sin embargo, cabe destacar otra de las funciones de los educadores, mencionada en el mismo documento y muy relevante en la profesión y para este trabajo de fin de grado: *Conocimiento, análisis e investigación de los contextos sociales y educativos* (ASEDES-CGCEES, 2007, p. 47). Los educadores sociales no sólo deben diseñar proyectos e implementarlos, deben también conocer el contexto en el que trabajan, los factores que influyen en la intervención que se va a realizar y todo aquello que se ve implicado de forma indirecta en todo el proceso de intervención.

2.4 ESCALAS

A continuación se exponen algunas de las escalas e inventarios utilizados en la actualidad para detectar y evaluar (directa o indirectamente) la ideación suicida y otros factores relacionados con la misma:

ESCALA DE IDEACIÓN SUICIDA DE BECK (SSI)

La Escala de Ideación Suicida (SSI) desarrollada por Beck et al. (1979), es un cuestionario que aborda distintos aspectos de la ideación suicida, desde actitudes hacia la vida y la muerte hasta pensamientos concretos sobre el suicidio y antecedentes de intentos previos.

Consta de 21 ítems, de los cuales del 1 al 19 se puntúan en una escala de 0 a 2 en función de la intensidad de la intención suicida, dejando fuera de la puntuación total los ítems 20 y 21 debido a su carácter descriptivo sobre antecedentes de intentos previos.

La puntuación total de la escala tiene un rango de 0 a 38, y se interpreta que un puntaje igual o superior a 1 señala la presencia de riesgo suicida, mientras que una puntuación más alta sugiere un riesgo más significativo (González et al., 2000). Estudios de fiabilidad han revelado una consistencia interna alta, con un coeficiente alfa de Cronbach de .89 y una fiabilidad de .83, respaldando así la validez de la escala (CIBERSAM, s.f.).

Pese a que la Escala de Ideación Suicida de Beck se desarrolló en un inicio para pacientes adultos, ha mostrado ser útil también en la evaluación de pacientes psiquiátricos adolescentes (González et al., 2000). La profundidad de su enfoque, que abarca desde la evaluación de actitudes hasta la identificación de planes específicos para el suicidio, la convierte en una herramienta indispensable para comprender y prevenir la conducta suicida (Beck et al., 1979).

ESCALA DE DESESPERANZA DE BECK (BHS)

La Escala de Desesperanza de Beck (Beck Hopelessness Scale, BHS), desarrollada en 1974 por Aaron T. Beck, es un instrumento diseñado para medir la desesperanza en personas adultas. Beck entendía la desesperanza como un estado de pesimismo o expectativas negativas acerca del futuro; la persona desesperanzada cree: (1) que nunca podrá salir adelante por sí misma; (2) que nunca tendrá éxito en lo que ella intente; (3) que nunca podrá alcanzar objetivos importantes; y (4) que nunca podrá solucionar los diversos problemas que afronte en la vida (Aliaga et al., 2006).

Consta de 20 proposiciones que evalúan tanto a corto como a largo plazo, mediante respuestas verdaderas o falsas. Cada ítem que indica desesperanza se califica con 1 punto, mientras que aquellos que no la indican se califican con 0 puntos, pudiendo obtener un puntaje entre 0 y 20 (Rueda-Jaimes et al., 2016). Los puntajes obtenidos proporcionan una medida de la severidad de la desesperanza, clasificándose en diferentes rangos: de 0 a 3 como mínimo o normal, de 4 a 8 como leve, de 9 a 14 como moderado y de 15 a 20 como severo (Beck & Steer, 1988).

Aunque su objetivo principal es medir la desesperanza, se considera que una puntuación superior a 9 es un predictor significativo de posibles conductas suicidas en el futuro (Aliaga et al., 2006).

La BHS ha sido validada con una consistencia interna que varía entre .82 y .93, y una confiabilidad prueba-reprueba que oscila entre .60 y .69. Además, presenta una validez convergente notable con el Inventario de Depresión de Beck (BDI) de .63 (Rueda-Jaimes et al., 2016).

Al igual que la anterior escala, la BHS no fue inicialmente diseñada para detectar la desesperanza en adolescentes o en la población general; sin embargo, estudios posteriores han demostrado su utilidad en diversos grupos de edad y poblaciones clínicas (Aliaga et al., 2006).

ESCALA DE RIESGO SUICIDA DE PLUTCHIK (ERSP)

La Escala de Riesgo Suicida de Plutchik (ERSP) es un instrumento diseñado por Plutchik y Van Praag (1989) para evaluar diversos aspectos relacionados con el riesgo suicida. Originalmente constaba de 26 ítems, aunque la versión actual en castellano está formada de 15 ítems con respuestas de opción sí o no (Santana & Santoyo, 2018). Se califica otorgando el valor de 1 a todas las respuestas afirmativas y 0 a las respuestas negativas. Los puntajes superiores a 6 indican riesgo suicida.

Esta escala ha demostrado una buena consistencia interna, con coeficientes de consistencia interna de .90 en su versión original, y una fiabilidad de .89 (Santana & Santoyo, 2018). Existe una versión en castellano adaptada por Rubio et al. en 1988 (Suarez-Colorado et al., 2019).

La ERSP evalúa los intentos autolíticos previos, intensidad de la ideación suicida actual, sentimientos de depresión, desesperanza y otros. Se considera que la escala, en función de la pregunta de la misma, es capaz de medir 4 factores: sentimiento de inutilidad, la ideación suicida, la desesperanza y otros factores sociales. Dentro de la ideación suicida, las variables que miden este concepto son las preguntas 2, 13 y 14 (Santana & Santoyo, 2018).

INVENTARIO DE RAZONES PARA VIVIR (RFL)

El Inventario de Razones para Vivir (RFL, por sus siglas en inglés) fue desarrollado por Marsha Linehan en 1983 como una herramienta para evaluar las creencias adaptativas que pueden disuadir a un individuo de tomar la decisión de suicidarse (García et al., 2009).

Consta de 48 ítems que abordan diversas razones para seguir viviendo, los cuales se agrupan en seis dominios: creencias de supervivencia y afrontamiento, responsabilidad con la familia, preocupaciones relacionadas con los hijos, miedo a suicidarse, miedo a la desaprobación social y objeciones morales (García et al., 2009). El RFL ha demostrado una alta consistencia interna (alfa de Cronbach, .89) (Cassaretto & Martínez, 2012).

Existen varias versiones del RFL adaptadas a diferentes poblaciones, como el CS-RFL (College Student Reasons for Living Inventory) para universitarios, versiones cortas como el RFL-B (Reasons for Living Inventory Brief) de 12 ítems o el RFL-OA (Reasons for Living-Older Adult Scale) para adultos mayores (Cassaretto & Martínez, 2012).

Cada ítem del RFL se califica en una escala de seis puntos tipo Likert, que varían desde "sin ninguna importancia" (1) hasta "de suma importancia" (6) (García et al., 2009). Las puntuaciones de cada dominio se obtienen sumando los puntajes de los ítems correspondientes y dividiendo el resultado por el número total de ítems en ese dominio. La puntuación total del RFL se calcula como el promedio de los resultados de los seis dominios.

INVENTARIO DE IDEACIÓN SUICIDA POSITIVA Y NEGATIVA (PANSI)

El Inventario de Ideación Suicida Positiva y Negativa (PANSI), desarrollado por Osman et al. (1998), es un cuestionario compuesto por 14 ítems diseñado para evaluar factores protectores y de riesgo asociados con la ideación suicida en un período de las últimas dos semanas (Villalobos-Galvis, 2010). Este inventario se divide en dos escalas: ideación suicida positiva, que incluye 6 ítems relacionados con pensamientos optimistas sobre la vida, como entusiasmo y esperanza; e ideación suicida negativa, que comprende 8 ítems relacionados con pensamientos negativos que podrían conducir al suicidio (Rodas-Vera et al., 2021).

Los participantes deben indicar con qué frecuencia han experimentado cada pensamiento utilizando una escala de 5 puntos que va desde "nunca" (0) hasta "siempre" (4) (Villalobos-Galvis, 2010).

El PANSI ha demostrado una alta consistencia interna, con coeficientes superiores a .8, y una buena evidencia de validez de constructo tanto en muestras clínicas como no clínicas (Osman et al., 2003).

ESCALA GHQ-28

El General Health Questionnaire (GHQ-28), desarrollado por Goldberg en 1978 y adaptado al español por Lobo et al. en 1986, evalúa la salud general y el riesgo de psicopatología en atención primaria (Moreta-Herrera et al., 2021). Originalmente compuesto por 60 ítems, ahora existen versiones más cortas (12, 28 y 30 ítems) y se ha adaptado a más de 38 lenguas (Pérez et al., 2010).

El GHQ-28 consta de 28 ítems divididos en cuatro subescalas: síntomas somáticos, ansiedad-insomnio, disfunción social y depresión. Los ítems se responden en una escala de cuatro opciones y se analizan según las subescalas mencionadas (Moreta-Herrera et al., 2021). Además, se ha observado que la escala incluye una subescala asociada a la capacidad de medir la ideación suicida, la cual se compone de los ítems D3, D4, D6 y D7 (Llosa et al., 2024).

Para puntuar, uno de los métodos es el binario, donde "Nunca" y "No más de lo habitual" suman 0 puntos, y "Un poco más de lo habitual" y "Mucho más de lo habitual" suman 1 punto. Un puntaje total mayor a 5/6 indica un caso psiquiátrico en la versión española (Pérez et al., 2010).

La fiabilidad del GHQ-28 es alta, con coeficientes de consistencia interna entre 0.75 y 0.89 (Galindo et al., 2017). Esta escala destaca por su rápida aplicación, con una duración de entre 3 y 5 minutos; además de por su facilidad para ser aplicada en servicios de atención primaria (Pérez et al., 2010).

2.5 APOYO SOCIAL E IDEACIÓN SUICIDA

El apoyo social se define como el grado en que la persona satisface sus necesidades sociales básicas en base a la interacción con otros; estas necesidades básicas hacen referencia al afecto, pertenencia, identidad, seguridad, afiliación y aprobación (Barrón, 1996). El apoyo social es entendido como la cantidad y calidad de los lazos sociales que una persona tiene en su vida, pudiendo incluir en estas relaciones y conexiones el amor, la pertenencia a grupos y comunidades, y la participación en actividades sociales (Galindo-Domínguez & Losada, 2023).

Este apoyo puede manifestarse de diferentes formas, diferenciándose 3 tipos: el apoyo emocional, el apoyo instrumental y el apoyo informativo. El primero habla del rol de la comunicación verbal y no verbal, la empatía y comprensión del otro mediante muestras de preocupación; la función de este tipo de apoyo se centra en el acceso a personas que proporcionen cariño, seguridad y afecto (Inger et al., 2007; Barrón, 1996). El apoyo informativo se refiere a la provisión de consejos, información y orientación (Cutrona, 1984); las personas reciben información que les permite afrontar cambios en su vida (Barrón, 1996). Finalmente, el apoyo instrumental es aquel cuya función se centra en la resolución de problemas mediante la asistencia de otras personas en tareas con alta dificultad (Inger et al., 2007), implica una ayuda material o financiera como recursos económicos o asistencias con determinadas tareas (Thoits, 2011).

A su vez, tanto la percepción como la realidad del apoyo social en las personas influyen en su efecto, lo que conduce a una distinción entre dos facetas del apoyo social: el apoyo social subjetivo y el objetivo. El apoyo social subjetivo, o percibido, se refiere a cómo la persona percibe el apoyo disponible para ella, independientemente de si coincide con el apoyo real que recibe. Por otro lado, el apoyo social objetivo, o real, hace referencia a la presencia objetiva del apoyo que efectivamente se le brinda (García & Jaramillo, 2015).

Pese a la importancia del apoyo social que recibe la persona, se ha observado que tiene una mayor influencia el apoyo social percibido a la hora de afrontar situaciones difíciles. En el libro Apoyo Social de Barrón (1996) se manifiesta que el apoyo social debe ser percibido para ser efectivo, además de que la influencia de la opinión que esta persona tiene sobre su red social es un determinante del estado psicológico en el que se encuentra, independientemente de la condición real de la red. Otros autores como Gómez et al. (2001) también hablan sobre la influencia del apoyo social percibido como un efecto beneficioso ante la salud íntegra de la persona. Por ende, el apoyo social se considera un condicionante para la salud de las personas; pacientes con una red de apoyo limitada pueden enfrentarse a un deterioro tanto en su salud física como mental, pudiendo ir acompañado de sentimientos de desesperanza, desilusión, pérdida de interés por la vida e incluso deseos de acabar con ella (Imran et al., 2009). A su vez, se ha observado que altos niveles de apoyo social están asociados a un mejor funcionamiento psicológico, facilitando la expresión de emociones, manejo del estrés y dolor, además de una mejora en la percepción del bienestar personal (García & Jaramillo, 2015).

Todos estos factores están estrechamente relacionados con los condicionantes que pueden ser factores de riesgo frente a la ideación suicida. La desesperanza presenta un papel importante dentro de los factores que intervienen en la presencia de conductas suicidas (principalmente en aquellas personas con depresión), al estar relacionada con un sentimiento de carga hacia los otros y de miedo a fallar al pertenecer a algún lugar (García & Jaramillo, 2015). En un estudio realizado por Pehlivan et al. (2012), se observó una fuerte relación entre altos niveles de apoyo social y bajos niveles de desesperanza. Se identificó una correlación negativa entre el apoyo social y la desesperanza, lo que indica que a medida que aumenta el apoyo social percibido, disminuyen los niveles de desesperanza y, en consecuencia, se experimenta un mayor bienestar psicológico.

Las personas con escaso apoyo social tienen un mayor riesgo de enfrentar estresores ambientales en comparación con aquellos que están socialmente integrados y tienen acceso a un apoyo sólido. La ausencia de apoyo social en sí misma puede considerarse un estresor adicional (Barrón, 1996). Esta hipótesis sugiere que el apoyo social puede actuar como un mecanismo de protección, previniendo la exposición a ciertos tipos de estresores. Se espera que las relaciones sociales ayuden a anticipar estos estresores y, por ende, permitan a los individuos modificar aspectos de su entorno o conducta para evitar la exposición a situaciones estresantes.

La ideación suicida es considerada como el primer indicador de riesgo suicida, pues puede desencadenar en tentativas de suicidio, y en el límite, en suicidio consumado (Matos et al., 2016). Hay estudios que revelan que la ausencia o debilidad del apoyo social son un condicionante sobre comportamientos suicidas. Personas que viven acompañadas, que tienen amigos o familiares cercanos, o que simplemente cuentan con algún tipo de vinculación social han mostrado una menor probabilidad de presentar comportamientos suicidas que aquellas personas que no poseen estos vínculos (Wasserman, 2001). Se ha demostrado a través de varios estudios que tener contacto con familiares o amigos fortalece las capacidades de lidiar con problemáticas ayudando así a disminuir la probabilidad de desarrollar comportamientos suicidas (Matos et al., 2016).

3. MÉTODO

3.1 PARTICIPANTES

La muestra de este estudio se compone de $n=5,211$ participantes de ambos géneros, de los cuales el 54% de la muestra son mujeres ($n=2,812$) y el 46% son varones ($n=2,399$). Este estudio se basa en un muestreo no probabilístico llevado a cabo mediante el método de bola de nieve, en el cual los participantes fueron reclutados a partir de otros participantes previos, permitiendo un acceso más amplio a la población objetivo (Alloatti, 2014). El rango de edad de los participantes se encuentra comprendido entre los 16 y los 81 años, siendo el 54.8% de la población menor de 31 años ($M= 33.72$, $DT=15.38$).

El 96.7% son de nacionalidad española, mientras que el resto proviene de varios países, siendo Italia (.44%), Colombia (.33%), Argentina (.28%) y Rumania (.23%) los más frecuentes, entre otros.

En cuanto a la distribución educativa, un elevado porcentaje de los participantes cuenta con al menos estudios secundarios completos (96.3%), siendo un porcentaje de 9.4% de aquellos que han completado sus estudios primarios y comenzado los secundarios, pero sin obtener la titulación (49.6% hombres ($n=242$) y 50.4% mujeres ($n=246$)). El 48.15% de las personas han accedido a estudios de tercer grado, como diplomaturas, licenciaturas, estudios universitarios y estudios de postgrado, de los cuales $n=1067$ son hombres (42.83%) y $n=1,424$ son mujeres (57.17%).

A su vez, en la situación laboral de los participantes se encontró que el 84.3% ($n=4,393$ participantes) tenían un empleo en el momento de la encuesta, mientras que el 6.1% estaban buscando trabajo y solo el 9.6% no tenían empleo ni estaban en búsqueda activa. Del grupo empleado, el 43.31% tenían un contrato indefinido, de los cuales un 45.07% son hombres ($n=467$) y un 54.93% mujeres ($n=569$); el 30.98% tenían un contrato temporal, con un 40.89% de hombres ($n=303$) y un 59.11% de mujeres ($n=438$); y el 10.45%, siendo un 42% hombres ($n=105$) y un 58% mujeres ($n=145$), estaban sin contrato (Tabla 1).

Tabla 1

Descripción de las características de los participantes

Categoría	Frecuencia	%
Género		
Mujeres	2,812	54%
Hombres	2,399	46%
Edad		
16-30	2,856	54.8%
31-65	2,328	44.7%
66-81	22	.4%
Nacionalidad		
Española	5,041	96.7%
Italia	23	.44%
Colombia	18	.33%
Argentina	15	.28%
Rumania	12	.23%
Otro	102	1.96%
Situación laboral		
Contrato indefinido	1,036	43.31%
Contrato temporal	741	30.98%
Sin contrato	250	10.45%
Estudios		
Sin estudios	42	.8%
Estudios primarios	152	2.9%
Estudios de segundo grado	2,503	48%
Estudios de tercer grado	2,490	47.8%

3.2 INSTRUMENTOS

La batería de cuestionarios empleada para llevar a cabo la validación de la escala GHQ-28 en relación con la ideación suicida incluye escalas en las que se miden aspectos como la salud mental, la calidad de vida de las personas, el nivel de estudios, el nivel de apoyo social, las condiciones laborales y finalmente aspectos sociodemográficos como la edad o el sexo.

- **Salud mental general:**

Cuestionario General de Salud (GHQ-28)

Como escala de medida de la salud mental se utiliza el Cuestionario General de Salud (GHQ-28) de Goldberg (Goldberg & Hillier, 1979), cuyo propósito es detectar trastornos mentales no psicóticos en entornos de atención primaria. Inicialmente constaba de 60 ítems, pero posteriormente se desarrollaron versiones más cortas, siendo el GHQ-28 una de las más utilizadas. La adaptación al español fue realizada por Retolaza Balsategui et al. (1993). Está compuesto de cuatro subescalas que miden:

- a) *Síntomas somáticos* (ítems 1 al 7) (eg: “¿te has sentido agotado/a y sin fuerzas de hacer nada?”; “¿has tenido sofocos o escalofríos?”)
- b) *Ansiedad e insomnio* (ítems 8 al 14) (eg: “¿te has notado constantemente agobiado/a y en tensión?”; “¿has tenido sensación de que todo se te viene encima?”)
- c) *Disfunción social* (ítems 15 al 21) (eg: “¿te cuesta más tiempo hacer las cosas?”; “¿has sentido que estás desempeñando un papel útil en la vida?”)
- d) *Depresión mayor* (ítems 22 al 28) (eg: “¿has tenido pensamientos de que la vida no merece la pena vivirse?”; “¿has pensado que eres una persona que no vale para nada?”)

Los 28 ítems son evaluados en un formato de respuesta tipo Likert de 4 alternativas, cuyas puntuaciones están comprendidas entre 0 y 3, siendo la puntuación 0: mejor de lo habitual, hasta la puntuación 3: mucho peor de lo habitual. La validez psicométrica del GHQ-28 ha sido ampliamente estudiada, mostrando resultados consistentes en diferentes poblaciones. En la adaptación al español, se ha reportado una fiabilidad alta, con un coeficiente alfa de Cronbach de aproximadamente³ $\alpha=.90$ (Retolaza Balsategui et al., 1993).

³ Se indica $\alpha=0.90$ aproximadamente, debido a la antigüedad de la publicación

El factor de ideación suicida que se pretende validar en este trabajo de fin de grado emerge de los siguientes ítems pertenecientes a este cuestionario (todos ellos correspondientes al apartado d) depresión mayor):

D3: ¿Has tenido el sentimiento de que la vida no merece la pena vivirse?

D4: ¿Has pensado en la posibilidad de “quitarte de en medio”?

D6: ¿Has notado que deseas estar muerto/a y lejos de todo?

D7: ¿Has notado que la idea de quitarte la vida te viene repetidamente a la cabeza?

- **Satisfacción con la vida:**

Encuesta Europea de Calidad de Vida (EQLS 2012)

La satisfacción con la vida se mide mediante la Encuesta Europea de Calidad de Vida (EQLS 2012) (Eurofound, 2011). Se trata de una herramienta de seguimiento creada por Eurofound y cuya finalidad es registrar la calidad de vida de las personas basándose en múltiples dimensiones. En la batería se muestra la adaptación fraccionada en 8 aspectos empleando una escala Likert 1-10 que oscila entre muy insatisfecho y muy satisfecho, con una fiabilidad de $\alpha=0.872$ para la muestra de este estudio. En ella se miden los siguientes factores: educación, situación laboral de la persona, su nivel de vida actual, alojamiento, vida familiar, salud, vida social y situación económica de su país.

La Agencia Europea para la Mejora de las Condiciones de Vida y de Trabajo (Eurofound) representa una agencia de la Unión Europea (UE), responsable de la creación de este cuestionario de medición de la satisfacción con la vida, además de la adaptación del mismo a los diferentes idiomas de países pertenecientes a la UE. La encuesta se ha llevado a cabo en varias rondas desde 2003, ampliando progresivamente su cobertura geográfica para incluir países de la Unión Europea y la Asociación Europea de Libre Comercio (AELC).

- **Apoyo social:**

Escala MOS (Medical Outcomes Study) de Apoyo Social

En la batería se estudia el apoyo social percibido por los participantes mediante 19 ítems y dos preguntas abiertas que miden el número de redes de apoyo de la persona (mediante el número de familiares y amigos cercanos con los que cuenta). La herramienta, creada por Sherbourne y Stewart (1991), fue adaptada al castellano por Revilla et al. (2005).

Los 19 ítems son evaluados en un formato de respuesta tipo Likert de 5 alternativas, cuyas puntuaciones son: nunca, pocas veces, algunas veces, la mayoría de las veces y siempre. A mayor puntuación de la escala, mayor apoyo social. Además de la puntuación total que proporciona la escala, está también dividida en 3 subescalas que miden el apoyo social instrumental (eg: “¿Con qué frecuencia dispones de alguien que te lleve al médico cuando lo necesitas?”), emocional (eg: “¿Con qué frecuencia dispones de alguien con quien compartir temores y tus problemas más íntimos?”) y afectivo (eg: “¿Con qué frecuencia dispones de alguien a quien amar y hacer sentir querido?”).

- **Situación laboral:**

Encuesta Europea sobre Condiciones de Trabajo (EWCS 2010)

Las condiciones laborales de los participantes se miden mediante la Encuesta Europea sobre Condiciones de Trabajo (EWCS 2010) (Eurofound, 2010). Se trata de una encuesta desarrollada y adaptada al español por Eurofound, la cual ha sido versionada en 9 ocasiones (en la batería se emplea la quinta encuesta, que se corresponde con la de 2010).

Algunos de los aspectos que mide son: contexto laboral de la persona, intensidad de trabajo, factores cognitivos y psicosociales, salud, perspectiva profesional, relación de su vida con su trabajo, seguridad financiera, etc. Una mayor puntuación en el cuestionario representa un nivel más alto de satisfacción.

- **Aspectos sociodemográficos**

Esta información se recogió mediante un cuestionario ad hoc, en el que se analizaban aspectos como la edad, el sexo, la nacionalidad y el nivel de estudios.

Por otro lado, también se incluyen preguntas relacionadas con el nivel de estudios, las cuales están basadas en la Clasificación Internacional Normalizada de la Educación 2011 (CINE, ISCED en inglés) (UNESCO, 2012). Esta clasificación fue elaborada por la UNESCO para recoger los avances del nivel educativo a nivel mundial. Se trata de una pregunta que categoriza el nivel de estudios en distintas categorías desde personas sin estudios a aquellas con estudios de tercer grado. La clasificación ha sido creada para ser válida en toda la gama de sistemas educativos, de modo que se trata de una escala a nivel internacional cuya adaptación al español viene dada por la propia UNESCO.

3.3 PROCEDIMIENTO

El presente estudio se lleva a cabo a través de la utilización de una base de datos secundaria recopilada del proyecto Workforall (BBDD Workforall, Universidad de Oviedo). Workforall es un proyecto desarrollado por un equipo de investigación multidisciplinar coordinado desde la Universidad de Oviedo, cuyo objetivo principal es analizar la situación social actual y que a su vez aborda problemas como la pobreza y la exclusión social. Este proyecto, iniciado en 2013, actualmente cuenta con la colaboración de diversas universidades a nivel nacional e internacional. La estudiante ha estado en contacto con investigadores de este equipo a la hora de realizar este trabajo de fin de grado.

Los cuestionarios fueron administrados en formato electrónico, utilizando la plataforma Survey Monkey y garantizando un sistema de cifrado conforme a la legislación vigente en protección de datos (Ley Orgánica de Protección de Datos Personales y Garantía de los Derechos Digitales, 2018).

La participación en el estudio fue completamente voluntaria y anónima, asegurando la confidencialidad de los datos recopilados. Todos los participantes otorgaron su consentimiento informado tras ser notificados sobre los objetivos y la metodología del estudio.

Para el análisis estadístico generalmente se empleó el programa IBM SPSS Statistics en su versión número 25 (IBM Corp., 2017), además de los programas Factor Analysis (12.04.05. WIN32) (Lorenzo-Seva & Ferrando, 2023) y JASP (0.18.1.0) (Equipo JASP, 2023).

3.4 ANÁLISIS DE DATOS

En este trabajo de fin de grado se llevaron a cabo dos estudios. En primer lugar se realizó una validación en el contexto español del cuestionario GHQ-28 en relación con la medición de la ideación suicida, siguiendo el procedimiento propuesto por Ferrando (Ferrando et al., 2022). Por otro lado, se llevó a cabo un segundo estudio en el que se desarrollaron tres modelos regresivos para observar la relación entre la ideación suicida y el apoyo social entre la población general, y a su vez desagregada para ambos géneros (hombres y mujeres).

Estudio 1: Validación de la escala

Para responder con el objetivo general del TFG de validación del cuestionario, se siguió el procedimiento de validación propuesto por Ferrando et al. (2022). El proceso de validación del cuestionario se guió por el decálogo propuesto por Ferrando et al. (2022) mediante un primer análisis de los ítems y la estructura factorial de la prueba. Para ello, el total de participantes se dividió en dos submuestras obtenidas aleatoriamente (método Solomon (Lorenzo-Seva, 2022)) para realizar el Análisis Factorial Exploratorio (AFE) y Confirmatorio (AFC) con cada una de ellas. A continuación, se realizó un análisis de consistencia interna y finalmente un estudio de la validez de criterio. Debido a que la validez del cuestionario se basa únicamente en 4 de los ítems que forman parte del apartado de Depresión mayor dentro de la escala GHQ-28, para este proceso no fue necesario llevar a cabo un proceso de traducción. Esto se debe a que los ítems estudiados ya han sido previamente traducidos al validar la escala en castellano. Por ello, se parte de la traducción de Retolaza Balsategui et al. (1993).

Para exponerlo en mayor detalle: el primer paso que se llevó a cabo tras la división de la muestra en 2 submuestras ($n=2,606$ y $n=2,605$ casos), fue realizar un análisis factorial pre-exploratorio con el programa Factor, como método de obtención del número de dimensiones adecuadas para la escala que se pretende validar. El principal criterio observado para determinar el número de dimensiones es el % de varianza acumulado, el cual informa sobre el peso del número de dimensiones en porcentaje (a mayor porcentaje, más seguro será ese número de dimensiones). Se utilizó el criterio de varianza acumulada próxima al 60% (Blalock, 1966).

El segundo paso fue realizar el análisis factorial exploratorio (AFE), el cual se desarrolló con un *Parallel analysis* a través de 500 muestras *bootstrap*. El AFE se desarrolló en base a una matriz de correlaciones policóricas (método adecuado en escalas compuestas por ítems de tipo ordinal (Ferrando et al., 2022)). Este análisis permite determinar una propuesta de número de dimensiones para el AFE, así como determinar la calidad de la muestra utilizada a través del KMO. Tras el análisis factorial pre-exploratorio, se realizó el AFE del mismo modo que la prueba anterior y mediante el mismo software, pero en esta ocasión solicitando el número específico de factores propuesto en el análisis pre-exploratorio (antes se dejaba sin completar).

Además, se analiza en base a una matriz de carga no rotada debido al número de dimensiones que se determinó en el análisis pre-exploratorio. Se estudió la adecuación de los ítems al análisis mediante el criterio de comunalidad, que debe ser superior a .6 (Conway & Huffcutt, 2003), y los pesos factoriales considerados como buenos indicadores por encima del .5 (Osborne & Costello, 2005).

A continuación se pone a prueba el ajuste de la estructura deducida del AFE mediante un Análisis Factorial Confirmatorio (AFC). Se realizó mediante el software JASP con la otra mitad de la muestra ($n=2,605$), por el método de extracción DWLS ya que es el que más se adecua a las variables de tipo ordinal que se estudian. Para comprobar el ajuste del modelo se tuvieron en cuenta los siguientes criterios: la raíz del error cuadrático medio de aproximación RMSEA ($<.08$), el residuo cuadrático medio estandarizado SRMR ($<.08$), el índice de ajuste comparativo CFI ($>.95$) y el índice Tucker-Lewis TLI ($>.90$) (Chen, 2007; Van de Schott et al. 2015). A su vez, en el AFC se analiza el resultado de chi cuadrado χ^2 ($p > .05$) (Gómez, 2008).

Tras desarrollar una estructura de la escala mediante los análisis AFE y AFC, se realizó un estudio de la fiabilidad de la misma por medio del coeficiente alfa de Cronbach (adecuado $\alpha > .7$) (Celina & Campo-Arias, 2005) y Omega de McDonald (adecuado $\omega > .7$; excelente $\omega > .9$) (George & Mallery, 2003). Se realizó en el software JASP, al igual que el análisis confirmatorio, y se estudió la consistencia interna del cuestionario en base a la puntuación obtenida en ambos coeficientes.

Para validar el cuestionario mediante correlaciones (Cargnelutti et al., 2011), se llevó a cabo un análisis de validez de criterio, dado que el concepto a medir es complejo y no observable. Se utilizó la correlación ($NC=95\%$) como prueba estadística para este análisis. Se realizó por medio del programa SPSS, teniendo en cuenta las variables de ansiedad e insomnio, disfunción social, y la variable que mide la satisfacción con la vida, con el objetivo de responder a la literatura. Finalmente, se llevó a cabo un análisis de regresiones lineales, observando los coeficientes estandarizados Beta y el coeficiente de determinación (R cuadrado) ($>10-15\%$), con una significancia $< .001$ (Torres et al., 2012). En la regresión se estudió la Ideación suicida (unión de los ítems D3, D4, D6 y D7 en una única variable) como variable dependiente y la ansiedad e insomnio, la disfunción social y la variable que mide la satisfacción con la vida como variables independientes. Ambos, los análisis correlacionales y regresivos se llevaron a cabo con el programa SPSS versión 25.

Estudio 2: Regresiones Apoyo social e ideación suicida

En el segundo estudio, con ánimo de determinar el papel que el apoyo social juega en la experimentación de ideación suicida, se diseñan una serie de modelos de regresión lineal (NC=95%). En los modelos, la variable dependiente, la ideación suicida, se consideró como una variable continua, mientras que las variables independientes fueron las tres subescalas MOS (apoyo emocional e informativo, apoyo afectivo y apoyo instrumental), también numéricas. Se exploraron tres modelos de regresión para analizar el comportamiento de estas variables en la población general, así como en mujeres y hombres en otros dos modelos desagregados. Posteriormente, se compararon los coeficientes y porcentajes de varianza explicada entre los tres modelos.

4. RESULTADOS

Estudio 1: validación de la escala

El análisis factorial pre-exploratorio evidencia, de acuerdo al valor del porcentaje de varianza, un modelo unidimensional. Una sola dimensión acumula un 95.28% de la varianza. La prueba de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) de adecuación de la muestra arrojó un valor de .8427, indicando que las respuestas aleatorias en el conjunto de datos eran significativas.

Este resultado da paso al AFE donde se evalúa la adecuación de los ítems al análisis a través del criterio de comunalidad, revelando los siguientes valores: ítem 1= .761, ítem 2= .925, ítem 3= .914, e ítem 4= .904. Las cargas factoriales de todos los ítems arrojan una puntuación superior a .5 (ítem 1= .872, ítem 2= .962, ítem 3= .956, e ítem 4= .951). Ello, junto con las puntuaciones de comunalidad, invita a mantener todos los ítems de la escala en el instrumento, y todos ellos agrupados en un solo factor o dimensión. La Tabla 4 muestra los resultados de ambos estudios.

Tabla 4

Matriz de cargas factoriales sin rotar.

	Media	Varianza	F 1	Comunalidad
¿Has tenido el sentimiento de que la vida no merece la pena vivirse?	.304	.432	.872	.761
¿Has pensado en la posibilidad de “quitarte de en medio”?	.258	.408	.962	.925
¿Has notado que deseas estar muerto/a y lejos de todo?	.221	.325	.956	.914
¿Has notado que la idea de quitarte la vida te viene repentinamente a la cabeza?	.243	.370	.951	.904

Al poner a prueba la estructura de la escala extraída del AFE mediante el AFC, se evalúan varios índices de bondad de ajuste. Inicialmente, se observan RMSEA y SRMR, obteniendo resultados de .104 (con un intervalo de confianza entre .082 y .127) y .015, respectivamente. Además, se analiza el resultado del chi cuadrado χ^2 en el modelo factorial, el cual no se ajusta al criterio ($p > 0.05$), con un valor de 57.960 ($df=2$; $p < 0.001$).

Sin embargo, se considera que los datos se ajustan razonablemente bien a la hipótesis del modelo de un factor debido al gran tamaño de la muestra estudiada, sin que este resultado afecte a los análisis de investigación. Otros valores considerados son CFI = 0.998 y TLI = 0.995, los cuales cumplen con el criterio establecido.

Con la estructura de la prueba definida, los análisis de fiabilidad mostraron índices elevados. En el caso del coeficiente alfa de Cronbach se obtiene una puntuación $\alpha = .913$. Asimismo, Omega de McDonald también cumple el criterio establecido, con una puntuación de $\omega = .914$.

Por último, los análisis de validez de criterio revelan correlaciones significativas entre la ideación suicida y las variables de disfunción social (DS), ansiedad e insomnio (AI), así como la satisfacción con la vida (EQLS). Se observa una correlación positiva entre la ideación suicida y la disfunción social ($r = .425$; $p < .001$), así como con la ansiedad e insomnio ($r = .434$; $p < .001$), lo que sugiere que un aumento en la ideación suicida se asocia con un incremento en estas dimensiones. Por otro lado, se identifica una correlación inversa entre la satisfacción con la vida y la ideación suicida ($r = -.388$; $p < .001$), indicando que un aumento en la ideación suicida se relaciona con una disminución en la satisfacción vital. Todos los resultados de correlación se detallan en la tabla 5.

Tabla 5

Correlaciones de Pearson.

		Ansiedad e insomnio	Disfunción social	Satisfacción con la vida
Ideación suicida	Correlación de Pearson	.434	.425	-.388
	N	5,211	5,211	5,211

Con las mismas variables de la prueba anterior, se realiza un análisis de regresiones lineales, para observar el coeficiente de determinación ajustado (R^2_{std}), en el cual se obtiene un resultado de $R^2_{std}=.267$ (26.7%). En segundo y último lugar se observan los coeficientes estandarizados Beta (β_{std}), obteniendo coeficientes de regresión estadísticamente significativos con todas las variables analizadas: disfunción social ($\beta_{std}=.205$, $p<.001$), ansiedad-insomnio ($\beta_{std}= .236$, $p<.001$) y satisfacción con la vida ($\beta_{std}= -.200$, $p<.001$) (Tabla 6).

Tabla 6

Regresión lineal con la variable.

	β_{std}	Sig.
Ansiedad e insomnio	.236	<.001
Disfunción social	.205	<.001
Satisfacción con la vida	-.200	<.001

Estudio 2: Regresiones Apoyo social e ideación suicida

Se realiza un primer análisis de regresiones lineales entre la ideación suicida y las tres subescalas MOS en la población general, donde se observa el coeficiente de determinación ajustado (R^2_{std}) con un resultado de $R^2_{std}=.095$ (9.5%) y con un error estándar de estimación del 2.1168. Respecto a los coeficientes estandarizados Beta (β_{std}), se observan los siguientes resultados: Apoyo emocional e informacional ($\beta_{std}=-.142$, $p<.001$), apoyo afectivo ($\beta_{std}=-.189$, $p<.001$) y apoyo instrumental ($\beta_{std}=.013$, $p=.451$).

En segundo lugar, se realiza un análisis de regresiones lineales respecto a las mujeres que han realizado la encuesta, obteniendo un coeficiente de determinación ajustado (R^2_{std}) de $R^2_{std}=.081$ (8.1%) y con un error estándar de estimación del 2.0942. Los resultados de los coeficientes estandarizados Beta (β_{std}) con las mismas variables obtuvieron la siguiente respuesta: Apoyo emocional e informacional ($\beta_{std}=-.134$, $p<.001$), apoyo afectivo ($\beta_{std}=-.150$, $p<.001$) y apoyo instrumental ($\beta_{std}=-.020$, $p=.412$).

Finalmente, hay un último análisis de regresiones lineales realizado con los hombres. En él, se obtiene un coeficiente de determinación ajustado (R^2_{std}) con un resultado de $R^2_{std}=.109$ (10.9%) y con un error estándar de estimación del 2.1422. Respecto a los coeficientes estandarizados Beta (β_{std}), se obtiene: Apoyo emocional e informacional ($\beta_{std}=-.146$, $p<.001$), apoyo afectivo ($\beta_{std}=-.229$, $p<.001$) y apoyo instrumental ($\beta_{std}=.048$, $p=.061$).

Tabla 7

Coefficientes estandarizados Beta (β_{std}).

	Población general		Mujeres		Hombres	
	β_{std}	Sig.	β_{std}	Sig.	β_{std}	Sig.
Apoyo emocional e informacional	-.142	<.001	-.134	<.001	-.146	<.001
Apoyo afectivo	-.189	<.001	-.150	<.001	-.229	<.001
Apoyo instrumental	.013	.451	-.020	.412	.048	.061
R^2_{std}	.095		.081		.109	

5. DISCUSIÓN

El presente estudio tiene como objetivo ser la adaptación y validación al contexto español del indicador de la ideación suicida de la Escala GHQ-28 de salud mental, para poder conocer la relación que tiene el apoyo social en la ideación suicida. Para ello se analizó la estructura factorial de los cuatro ítems que miden la ideación suicida en la escala GHQ-28 de Goldberg (1978), en su versión adaptada al español por Lobo et al. (1986). Los resultados obtenidos en el estudio muestran que los ítems (D3, D4, D6 y D7) son adecuados para ser aplicados a la hora de estudiar la ideación suicida en la población española, respaldando así la validez de la escala en este contexto.

Como respuesta al primer objetivo específico del trabajo, el análisis de la estructura factorial de la escala confirma su capacidad para medir la ideación suicida. La ideación suicida es un constructo complejo y no observable que presenta desafíos significativos en su diagnóstico y evaluación (Sánchez et al., 2013). En el contexto español, la salud mental es una preocupación pública, abordada por el Estado, y que comprende diversos aspectos que requieren atención (Henares et al., 2020). Para diagnosticar adecuadamente la salud mental, es fundamental contar con instrumentos estandarizados o entrevistas diagnósticas que proporcionen resultados confiables y válidos. En este sentido, la adaptación y validación de escalas para la población española son fundamentales para la investigación y los estudios epidemiológicos en este campo. Estas escalas validadas no solo facilitan el diagnóstico clínico, sino que también permiten la recopilación de datos estadísticos poblacionales que informan las políticas de salud mental y las intervenciones preventivas. En España se ha abordado la salud mental en numerosos estudios a través de las diferentes encuestas nacionales e internacionales, entre las que se encuentra la escala GHQ (en su versión de 12 ítems) de Goldberg. Esta escala se utiliza en la Encuesta Nacional de Salud en España (ENSE), lo que confirma su relevancia en el contexto español (Henares et al., 2020).

La validación de los ítems de la escala GHQ-28 permite su uso en futuras investigaciones relacionadas con la ideación suicida, al proporcionar una adaptación cultural y una estructura factorial adecuada para este propósito. Aunque se ha discutido la posible relación entre el cuestionario GHQ-28 y la medición de la ideación suicida en ocasiones anteriores, hasta el momento no existía evidencia de su validación específica para el contexto español. Este estudio aparece respaldado con el trabajo de Retolaza Balsategui y Ballesteros (2011), que sugiere una asociación entre la ideación suicida y ciertos ítems de la escala GHQ-60.

Asimismo, se muestra la correlación entre la ideación suicida y otros constructos relevantes como la ansiedad y el insomnio, la disfunción social y la satisfacción con la vida. Al responder al segundo objetivo mediante las pruebas de fiabilidad y validez se observa que a medida que aumenta la ansiedad o la disfunción social, aumenta la ideación suicida, y que, por el contrario, la satisfacción con la vida es un determinante para disminuir la tendencia a la ideación suicida. Investigación previa halló una relación significativa entre la ansiedad y la ideación suicida, siendo un factor de riesgo común que puede desencadenar en el suicidio (Vega et al., 2018). Además, autores como Rodríguez de Ávila et al. (2021) señalan que los niveles de ansiedad afectan a la calidad de vida, lo cual aparece relacionado a su vez con la satisfacción con la vida.

Por otro lado, no se han encontrado datos que respalden la relación entre la ideación suicida y la disfunción social de forma directa. Sin embargo, Pérez-Olmos et al. (2008) relacionan el intento de suicidio con la disfunción y con problemas de comunicación familiar, el divorcio, la separación o la muerte de padres o cuidadores. También se considera que las relaciones sociales y la capacidad de la persona de establecer relaciones son un factor condicionante en la ideación suicida (Fernández, 2019).

Por último, al tratar de comprender cómo el apoyo social influye en la ideación suicida desde una perspectiva de género (objetivo específico 3), se observa que hay una influencia del apoyo social de un 9.5% con respecto a la ideación suicida. Específicamente, se encuentra que el apoyo afectivo es el que mayor peso tiene en cuanto a porcentajes, mientras que el apoyo instrumental apenas tiene significancia en este fenómeno. Esto revela la necesidad de las personas de sentirse comprendidas, queridas y valoradas, como una necesidad superior al hecho de tener respaldo material o de poder recibir favores (Inger et al., 2007).

También es interesante destacar que, al explorar las diferencias de género, se ha observado que el apoyo social tiene un efecto relativamente mayor en la reducción de la ideación suicida en hombres en comparación con mujeres, teniendo una influencia del 10.9% en hombres frente al 8.1% de peso del apoyo social en la ideación suicida en el caso de las mujeres.

Si bien esta diferencia de género se debe a causas desconocidas, podría estar asociada al hecho de que los hombres presentan mayor dificultad para reestablecer sus redes de apoyo tras una separación o pérdida, así como para solicitar ayuda en caso de necesitarlo (Musitu & Cava, 2003). También cabe resaltar que los roles tradicionales de género condicionan la búsqueda de apoyo social cuando se necesita, siendo las mujeres más propensas a buscar, recibir y aportar apoyo social que los hombres (Monreal et al., 2019).

5.1 LIMITACIONES

El presente estudio permitió crear una herramienta para medir la ideación suicida en la población española, además de conocer la influencia del apoyo social en este fenómeno en función del tipo de apoyo y de la población a la que se refiera. Sin embargo, en este estudio hay algunas limitaciones a tener en cuenta. En primer lugar, se trata de un estudio no probabilístico con lo que no garantiza la representatividad de toda la población española, incluso aunque el tamaño de la muestra sea elevado (Parra & Vázquez, 2017). Por el contrario, un muestreo probabilístico aportaría una mayor certeza al seleccionar a la población de forma aleatoria, lo que garantizaría una representación más precisa de la población española en su conjunto. En segundo lugar, este estudio es transversal, lo que implica una única recolección de muestras y la recopilación de resultados en un solo punto en el tiempo. Sería beneficioso considerar la posibilidad de convertirlo en un estudio longitudinal, especialmente dado su enfoque en la salud mental. Esto permitiría tener en cuenta que las condiciones de vida de los participantes pueden influir en los resultados, además de observar los posibles factores que condicionan estos resultados. Finalmente, si bien este estudio revela que el apoyo social influye en un 9.5% en la ideación suicida, es importante destacar que ese 90.5% restante corresponde a una variedad de factores desconocidos que también inciden en este fenómeno. Por lo tanto, sería prudente considerar la posibilidad de realizar investigaciones futuras para identificar y comprender estos otros factores que también ejercen influencia en la ideación suicida dentro de la población española.

6. CONCLUSIONES E IMPLICACIONES

A través de este trabajo de fin de grado se ha llevado a cabo un estudio de investigación en el contexto español por medio de una batería de preguntas administrada en formato electrónico, que ha permitido validar los ítems que miden la ideación suicida dentro de la escala GHQ-28 de Goldberg. Tras analizar la estructura factorial de la escala y la fiabilidad y validez de la misma, se llevó a cabo un estudio de la relación del apoyo social en relación con la ideación suicida.

Se ha confirmado la capacidad de la escala para medir la ideación suicida, lo que supone la creación de un nuevo instrumento de medición de la ideación suicida para la población española. Este instrumento facilita el diagnóstico de la ideación suicida en el contexto cultural correspondiente, además de la recopilación de datos estadísticos poblacionales que informan sobre la situación de salud mental en la sociedad. Como educadores sociales, la validez de escalas, cuestionarios y otros instrumentos de trabajo, proporciona un entendimiento más profundo del entorno en el que se pretende trabajar, lo que es fundamental para implementar intervenciones pertinentes y adaptadas a las necesidades individuales, así como al contexto sociocultural. A su vez, esta escala puede ser útil como herramienta de medición en otras profesiones, ampliando su alcance y utilidad más allá del ámbito de la educación social.

Se han identificado relaciones entre la ideación suicida y otros fenómenos como la ansiedad, el insomnio y la disfunción social. A medida que alguno de estos factores aumenta, también lo hace el riesgo de desarrollar ideación suicida. En este sentido, se establecen estrategias de intervención para prevenir la ideación suicida en la población. Es crucial implementar medidas que no solo reduzcan el riesgo de ideación suicida, sino también aborden la ansiedad, el insomnio y la disfunción social como parte integral de las acciones preventivas. Dado que la ansiedad se trata de un problema ampliamente prevalente en la sociedad actual, es necesario abordarlo desde la educación social, ya que este aparece asociado al deterioro de la calidad de vida de las personas que lo padecen (Rodríguez de Ávila et al.,2021).

De manera similar, se observa un patrón con respecto a la satisfacción con la vida. Se ha descubierto una correlación inversa que sugiere que cuando las personas se sienten más satisfechas con su vida, tienden a tener una menor propensión a considerar el suicidio como una opción. Este hallazgo subraya la necesidad de abordar no sólo los factores de riesgo, como la ansiedad y la disfunción social, sino también de fomentar activamente el bienestar emocional y la satisfacción personal como medidas preventivas fundamentales.

Por otra parte, se destaca el papel significativo que desempeña el apoyo social en la ideación suicida, con un impacto del 9.5% en este constructo según los hallazgos de este estudio. Aunque este porcentaje representa una parte importante, aún queda un 90.5% de influencia de otros factores relacionados con la ideación suicida por determinar. Sin embargo, no se debe subestimar la relevancia del apoyo social, ya que su contribución sustancial sugiere que es un factor crucial a considerar en la prevención del suicidio. Esta investigación proporciona una base sólida para abordar el apoyo social como un componente fundamental en el trabajo de la educación social, especialmente en el contexto español.

Además, se observa que, en el caso de los hombres, el apoyo social ejerce un mayor peso que en las mujeres, aunque las diferencias entre géneros sean sutiles. Este hallazgo resalta la importancia de considerar las diferencias de género en la evaluación y abordaje de los factores de riesgo asociados a la ideación suicida, destacando la necesidad de desarrollar estrategias específicas y sensibles al género en el ámbito de la educación social y la salud mental.

Por último, y en relación a los tres tipos de apoyo social mencionados, se ha observado que el apoyo emocional emerge como el tipo de apoyo más influyente en la prevención de la ideación suicida. Se observa una diferencia considerable en el peso que este tipo de apoyo tiene en hombres y mujeres, lo que sugiere la necesidad de abordar de manera diferenciada las necesidades de género en las intervenciones de prevención. Por otro lado, el apoyo instrumental apenas presenta significancia en el constructo de ideación suicida. Aunque este tipo de apoyo puede ser útil en otros contextos, su baja influencia en la prevención del suicidio señala la importancia de enfocar los esfuerzos en fortalecer principalmente el apoyo emocional en las intervenciones de prevención, y de tener en cuenta el género a la hora de trabajar la prevención de la ideación suicida.

7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AIEJI (2005). *Marco Conceptual de las Competencias del Educador Social*. Asociación Internacional de Educadores Sociales.
- Aliga, J., Rodríguez, L., Ponce, C., León, A. F., & Enríquez, J. (2006). Escala de desesperanza de Beck (BHS): Adaptación y características psicométricas. *Revista de investigación en psicología*, 9(1), 69-79. <https://doi.org/10.15381/rinvp.v9i1.4029>
- Alloatti, M. N. (2014). Una discusión sobre la técnica de bola de nieve a partir de la experiencia de investigación en migraciones internacionales. IV Encuentro Latinoamericano de Metodología de las Ciencias Sociales. *Memoria académica UNLP-FaHCE*.
- ASEDES-CGCEES (2007). *Documentos Profesionalizadores*. Asociación Estatal de Educación Social.
- Avilés, M. (2020). El suicidio en la adolescencia: Un problema social. En Avilés, M (Ed.), *Premio a los Mejores Trabajos de Fin de Grado de las Titulaciones de Educación Social de Castilla-La Mancha* (pp. 43-82). Cuadernos de Educación Social 3.
- Barrón, A. (1996). *Apoyo social. Aspectos teóricos y aplicaciones*. Siglo XXI de España Editores.
- Beck, A. T, Kovacs, M., & Weissman, A. (1979). Evaluación de la intención suicida: la Escala de Ideación Suicida. *Revista de consultoría y psicología clínica*, 47(2), 343-352.
- Beck, A. T., & Steer, R. A. (1988). *BHS, escala de desesperanza de Beck: manual*. Corporación psicológica.
- Bilsen, J. (2018). Suicide and youth: risk factors. *Frontiers in psychiatry*, 540. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2018.00540>
- Blalock, H. M. (1966). *Estadística Social*. Fondo de Cultura Económica
- Briongos, N., Gómez, M., Caballero, R., Díez, J., Gadea, M. L., & Martínez, M. (2022). *Guía de prevención del suicidio: Protocolo de actuación en conductas autolíticas*. Federación Salud Mental Castilla y León.
- Cargnelutti, A., Lopes, S. J., Toebe, M., Da Silveira, T. R., & Schwantes, I. A. (2011). Tamaño de muestra para estimar el coeficiente de correlación de Pearson entre caracteres de Crambe abyssinica. *Revista Ciência Agronômica*, 42(1), 149. <https://doi.org/10.29312/remexca.v12i3.2443>

- Cassaretto, M., & Martínez, P. (2012). Razones para vivir en jóvenes adultos: validación del RFL-YA. *Revista de Psicología (PUCP)*, 30(1), 169-188.
<https://doi.org/10.18800/psico.201201.007>
- Celina, H., & Campo-Arias, A. (2005). Aproximación al uso del coeficiente alfa de Cronbach. *Revista colombiana de psiquiatría*, 34(4), 572-580.
- Centro de Investigación Biomédica en Red de Salud Mental (CIBERSAM). (s.f.). *Escala de Ideación Suicida (EIS)*. Recuperado de:
<https://bi.cibersam.es/busqueda-de-instrumentos/ficha?Id=106#:~:text=La%20Escala%20de%20Ideaci%C3%B3n%20Suicida,pens%C3%B3%20o%20est%C3%A1%20pensando%20suicidarse>
- Chen, F. F. (2007). Sensitivity of goodness of fit indexes to lack of measurement invariance. *Structural Equation Modeling*, 14(3), 464-504.
<https://doi.org/10.1080/10705510701301834>
- Chiner, E. (2011). Tema 6. La validez. *Repositorio Institucional de la Universidad de Alicante*, 21.
- Calvet-Roura, A., Ferràs-Fort, N., & Vergés, L. (2012). *Incidencia de suicidio en el periodo 2006-2009. ¿La persona que se suicida acude a los servicios de Salud Mental? III Encuentros en Psiquiatría: conducta suicida; 20 y 21 de abril de 2012; Sevilla*. [programa web].
- Equipo JASP. (2023). *JASP (Versión 0.18.1.0)* [Computer software]. Recuperado de:
<https://jasp-stats.org/2023/09/29/introducing-jasp-0-18-1-the-learn-stats-module/>
- Eurofound. (2010). *European Survey on Working Conditions 2010*. European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions. Recuperado de:
<https://www.eurofound.europa.eu/en/surveys/european-working-conditions-surveys/fifth-european-working-conditions-survey-2010>
- Eurofound. (2011). *European Quality of Life Survey 2012*. European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions. Recuperado de:
<https://www.eurofound.europa.eu/en/surveys/european-quality-life-surveys-eqls/european-quality-life-survey-2012>
- Ferrando, P. J., Lorenzo-Seva, U., Hernández-Dorado, A., & Muñiz, J. (2022). Decálogo para el Análisis Factorial de los Ítems de un Test. *Psicothema*, 34(1), 7-17.
<https://doi.org/10.7334/psicothema2021.456>

- Galindo-Domínguez, H., & Losada, D. (2023). Inteligencia emocional e ideación suicida en adolescentes: el rol mediador y moderador del apoyo social. *Revista de Psicodidáctica*, 28(2), 125-134. <https://doi.org/10.1016/j.psicod.2023.02.001>
- Galindo, O., Meneses, A., Herrera, A., Cabrera, P., Suchil, L., Rivera, L., & Aguilar, J. L. (2017). Propiedades psicométricas del Cuestionario General de Salud de Goldberg–GHQ-28–en cuidadores primarios informales de pacientes con cáncer. *Psicooncología*, 14(1), 71-81. <http://dx.doi.org/10.5209/PSIC.55812>
- García, J., Palacio, C. A., Vargas, G., Arias, S., Ocampo, M. V., Aguirre, B., Casals, S., Calle, J., Restrepo, D., Lopez, C. A., Holguín, J. C., López, M. C., Montoya, P., Arango, J. C., & García, H. (2009). Validación del inventario de razones para vivir (RFL) en sujetos con conducta suicida de Colombia. *Revista colombiana de psiquiatría*, 38(1), 66-84.
- George, D., & Mallery, P. (2003). SPSS for Windows step by step: A simple guide and reference (11.0 update). *Allyn & Bacon*, 8-10.
- Giner, L., & Guija, J. A. (2014). Número de suicidios en España: diferencias entre los datos del Instituto Nacional de Estadística y los aportados por los Institutos de Medicina Legal. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 7(3), 139-146. <https://doi.org/10.1016/j.rpsm.2014.01.002>
- Gracia, J., & Jaramillo, A. M. (2015). *Apoyo social e ideación suicida en pacientes con cáncer*. Trabajo de Fin de Grado. Universidad del Rosario.
- Goldberg, D. P., & Hillier, V. F. (1979). "Una versión escalada del Cuestionario de Salud General". *Medicina Psicológica*.
- Gómez, L., Pérez, M., & Vila, J. (2001). Problemática actual del apoyo social y su relación con la salud: una revisión. *Psicología Conductual*, 9(1), 5-8.
- Gómez, O. T. (2008). Una aplicación de la prueba chi cuadrado con SPSS. *Datos industriales*, 11(1), 73-77. <https://doi.org/10.15381/idata.v11i1.6040>
- González, S., Díaz, A., Ortiz, S., González, C., & González, J. (2000). Características psicométricas de la Escala de Ideación Suicida de Beck (ISB) en estudiantes universitarios de la ciudad de México. *Salud Mental*, 23(2), 21-30.
- Hernández, M. (2008). Pobreza y exclusión en las sociedades del conocimiento. En M. Hernández Pedreño (Ed.), *Exclusión social y desigualdad* (pp. 15-58). Editum.

- IBM Corps. (2017). *IBM SPSS Statistics for Windows (Versión 25.0)*. [Computer Software]. Recuperado de:
<https://www.ibm.com/support/pages/release-notes-ibm%C2%AE-spss%C2%AE-statistics-250>
- Imran, H., Ahmad, R., & Ghazala, Y. (2009). Association between perceived social support and depression in cancer outpatients. *Pakistan Journal of Psychology*, 40(2), 45-56.
- Instituto Nacional de Estadística (INE). (2023). *Encuesta de defunciones por causas de muerte. Primer semestre 2023 (datos provisionales) y año 2022 (datos definitivos)*. INE. Recuperado de: https://www.ine.es/prensa/edcm_2022_d.pdf
- Instituto Nacional de Estadística (INE). (s.f.). *Cifras oficiales de población de los municipios españoles: Revisión del padrón municipal, comunidades y ciudades autónomas, Total, 2021*. INE. Recuperado de: <https://www.ine.es/jaxiT3/Tabla.htm?t=2853&L=0>
- Inger, G., Ringdal, K., Jordhoy, M., & Kaasa, S. (2007). Does Social support from family and friends work as a buffer against reactions to stressful life events such as terminal cancer? *Palliative and supportive care*, 5, 61-69.
<https://doi.org/10.1017/S1478951507070083>
- Instituto de Estadística de la UNESCO. (2012). Clasificación internacional estándar de la educación: CINE 2011. *Investigación social comparada*, 30.
- Joiner, T. E. (2005). *Why People Die by Suicide*. Harvard University Press.
- Joiner, T. E., Brown, J. S., & Wingate, L. R. (2005). The Psychology and Neurobiology of Suicidal Behavior. *Annual Reviews Psychology*, 56, 287-314.
<https://doi.org/10.1146/annurev.psych.56.091103.070320>
- Klonsky, E. D., May, A. M., & Saffer, B. Y. (2016). Suicide, suicide attempts, and suicidal ideation. *Annual Review of Clinical Psychology*, 12(1), 307-330.
<https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-021815-093204>
- Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales. (2018). Boletín Oficial del Estado, núm. 294, de 06/12/2018. Entrada en vigor el 07/12/2018.
- Lloret-Segura, S., Ferreres-Traver, A., Hernández-Baeza, A., & Tomás-Marco, I. (2014). El análisis factorial exploratorio de los ítems: una guía práctica, revisada y actualizada. *Anales de psicología/annals of psychology*, 30(3), 1151-1169.
<https://doi.org/10.6018/analesps>

- Lobo, A., Pérez-Echeverría, M. J., & Artal, J. (1986). Validez de la versión escalada del Cuestionario General de Salud (GHQ-28) en población española. *Medicina psicológica*, 16(1), 135-140.
- Lorenzo-Seva, U. (2022). SOLOMON: método para dividir una muestra en submuestras equivalentes en análisis factorial. *Métodos de investigación del comportamiento*, 54(6), 2665-2677.
- Lorenzo-Seva, U., & Ferrando, P. J. (2023). *Factor Analysis (Version 12.04.05)* [Computer software]. Recuperado de: <https://psico.fcep.urv.cat/utilitats/factor/>
- Marsha Linehan, M., Goodstein, J. L., Nielsen, S. L., & Chiles, J. A. (1983). Razones para seguir con vida cuando estás pensando en suicidarte: las razones para vivir en inventario. *Revista de consultoría y psicología clínica*, 51(2), 276.
<https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/0022-006X.51.2.276>
- Matos, A., Carvalho, J., Sequeira, C., Pinto, P., & Gómez-Ullate, M. (2016). Ideación suicida en estudiantes de enseñanza superior: influencia del apoyo social. *Cuadernos de medicina psicosomática y psiquiatría de enlace*, 120, 21-31.
- Monreal, M. C., Cárdenas, R., & Martínez, B. (2019). Estereotipos, roles de género y cadena de cuidado. Transformaciones en el proceso migratorio de las mujeres. *Collectivus, Revista de Ciencias Sociales*, 6(1), 83-97. <https://doi.org/10.15648/Coll.1.2019.06>
- Moreta-Herrera, R., Domínguez-Lara, S., Vaca-Quintana, D., Zambrano-Estrella, J., Gavilanes-Gómez, D., Ruperti-Lucero, E., & Bonilla, D. (2021). Propiedades psicométricas del Cuestionario General de Salud (GHQ-28) en estudiantes universitarios ecuatorianos. *Psihologijske teme*, 30(3), 573-590.
<https://doi.org/10.31820/pt.30.3.9>
- Musitu, G., & Cava, M. J. (2003). El rol del apoyo social en el ajuste de los adolescentes. *Psychosocial intervention*, 12-(2), 179-192.
- Naciones Unidas. (2015). *Objetivo 3: Salud y Bienestar. Objetivos de Desarrollo Sostenible*. Naciones Unidas. Recuperado de:
<https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/health/>
- Observatorio del Suicidio en España. (2022). Suicidios en España 2022. Datos Provisionales. Fundación Española para la Prevención del Suicidio.
<https://www.fsme.es/observatorio-del-suicidio-2022/>

- OECD. (2023). *Panorama de la salud 2023: Indicadores de la OCDE*. Publicaciones de la OCDE. <https://doi.org/10.1787/7a7afb35-en>
- Organización Mundial de la Salud. (2020). Métodos y fuentes de datos de la OMS para las causas de muerte a nivel nacional 2000-2019. https://cdn.who.int/media/docs/default-source/gho-documents/global-health-estimate/sghe2019_cod_methods.pdf?sfvrsn=37bcfacc_5&ua=1
- Organización Mundial de la Salud. (2021). Suicidio: hechos clave. Organización Mundial de la Salud. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/suicide>
- Osman, A., Gutierrez, P. M., Kopper, B. A., Barrios, F. X., & Chiros, C. E. (1998). The Positive and Negative Suicide Ideation Inventory: Development and Validation. *Psychological Reports, 82*(3), 783-793. <https://doi.org/10.2466/pr0.1998.82.3.783>
- Osman, A., Gutierrez, P. M., Jiandani, J., Kopper, B. A., Barrios, F. X., Linden, S. C., & Truelove, R. S. (2003). A preliminary validation of the Positive and Negative Suicide Ideation (PANSI) inventory with normal adolescent samples. *Journal of Clinical Psychology, 59*(4), 493-512. <https://doi.org/10.1002/jclp.10154>
- Parra, M. L. Y., & Vázquez, M. G. (2017). Muestreo probabilístico y no probabilístico. Universidad del ISTMO. *Licenciatura en Ciencias Empresariales, 3*.
- Pehlivan, S., Ovayolu, O., Ovayolu, N., Sevinc, A., & Camci, A. (2012). Relationship between hopelessness, loneliness, and perceived social support from family in Turkish patients with cancer. *Support Care Cancer, 20*, 733-739. <https://doi.org/10.1007/s00520-011-1137-5>
- Pérez, P., Lozano, O. M., & Rojas, A. J. (2010). Propiedades psicométricas del GHQ-28 en pacientes con dependencia a opiáceos. *Adicciones, 22*(1), 65-72.
- Plataforma Nacional de Prevención del Suicidio. (s.f.). *Mapa de la Plataforma Nacional de Prevención del Suicidio*. Recuperado de: <https://www.plataformanacionalsuicidio.es/mapa>
- Plutchik, R., & Van Praag, H. (1989). The measurement of suicidality, aggressivity and impulsivity. *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry, 13*, 23-34. [https://doi.org/10.1016/0278-5846\(89\)90107-3](https://doi.org/10.1016/0278-5846(89)90107-3)
- Poudel, A., Lamichane, A., Magar, K. R., & Prasad, G. (2022). Non suicidal self injury and suicidal behavior among adolescents: co-occurrence and associated risk factor. *BMC Psychiatry, 22*(1), 1-12. <https://doi.org/10.1186/s12888-022-03763-z>

- Retolaza Balsategui, A., Mostajo, A., De la Rica, J.R., Díaz de Garramiola, A., Pérez de Loza, J., Aramberri, I., & Markez Alonso, I. (1993). Validación del Cuestionario de Salud General de Goldberg (versión 28 ítems) en consultas de Atención Primaria. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 13(46), 187-194.
- Revilla, L., Luna del Castillo, J., Bailon, E., & Medina, M. I. (2005). Validación del cuestionario MOS de apoyo social en Atención Primaria. *Medicina de Familia*, 6(1), 10-18.
- Rizo, A. E. (2006). ¿A qué llamamos exclusión social?. *Polis. Revista de la Universidad Bolivariana*, 5(15).
- Rodas-Vera, N. M., Toro, R., & Flores-Kanter, P. E. (2021). Inventario de ideación suicida positiva y negativa (PANSI): propiedades psicométricas en universitarios peruanos. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación Psicológica*, 60(3), 27-39. <https://doi.org/10.21865/RIDEP60.3.03>
- Rodríguez de Ávila, U. E., León, Z. L., & Ceballos, G. A. (2021). Ideación suicida, ansiedad, capital social y calidad de sueño en colombianos durante el primer mes de aislamiento físico por COVID-19. *Psicogente*, 24(45), 128-145. <https://doi.org/10.17081/psico.24.45.4075>
- Rubio, G., Montero, I., Jáuregui, J., Villanueva, R., Casado, M. A., Marín, J. J., & Santo Domingo, J. (1998). Validación de la escala de riesgo suicida de Plutchik en población española. *Archivos de Neurobiología*, 61(2), 143-152.
- Rueda-Jaimes, G. E., Castro, V. A., Rangel, A. M., Moreno, C., Martínez, G. A., & Camacho, P. A. (2018). Validación de la Escala de Desesperanza de Beck en pacientes con riesgo suicida. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 11(2), 86-93. <https://doi.org/10.1016/j.rpsm.2016.09.004>
- Santana, M. A., & Santoyo, F. (2018). Propiedades psicométricas de la escala riesgo suicida de Plutchik en una muestra de jóvenes mexicanos privados de la libertad. *Avances en Psicología*, 26(1), 57-64. <http://dx.doi.org/10.33539/avpsicol.2018.v26n2.1127>
- Sherbourne, C. D., & Stewart, A. L. (1991). The MOS Social Support Survey. *Social Science and Medicine*, 32(6), 705-714. [https://doi.org/10.1016/0277-9536\(91\)90150-b](https://doi.org/10.1016/0277-9536(91)90150-b)
- Suárez, B. (2022). *Factores de riesgo asociados a la conducta suicida en adolescentes en protección*. Trabajo de Fin de Grado. Universidad de Oviedo.

- Suárez-Colorado, Y., Palacio, J., Caballero-Domínguez, C. C., & Pineda-Roa, C. A. (2019). Adaptación, validez de constructo y confiabilidad de la escala de riesgo suicida Plutchik en adolescentes colombianos. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 51(3), 145-152. <https://doi.org/10.14349/rlp.2019.v51.n3.1>
- Suárez-Soto, E., Guilera, G., & Pereda, N. (2018). Victimization and suicidality among adolescents in child and young-serving systems in Spain. *Children and Youth Services Review*, 91, 383-389. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2018.06.037>
- Suárez-Soto, E., Pereda, N., & Codina, M. (2020). Polivictimización y conductas suicidas en adolescentes atendidos por el sistema de protección y justicia juvenil en Cataluña. *Psicopatología y salud mental*, 35, 9-24.
- Subirats, J., Alfama, E., & Obradors, A. (2009). Ciudadanía e inclusión social frente a las inseguridades contemporáneas. La significación del empleo. *Fundación Carolina*, 32, 133-142.
- Thoits, P. (2011). Mechanisms linking social ties and support to physical and mental Health. *Journal of health and social behavior*, 52(2), 145-161. <https://doi.org/0.1177/0022146510395592>
- Torres, V., Barbosa, I., Meyer, R., Noda, A., & Sarduy, L. (2012). Criterios de bondad de ajuste en la selección de modelos no lineales en la descripción de comportamientos biológicos. *Revista Cubana de Ciencia Agrícola*, 46(4), 345-350.
- Trejo, V. H., Gonzalez, F., & Hermsillo de la Torre, A. E. (2023). Teoría psicológica interpersonal del suicidio: relación con intento suicida, impulsividad y desesperanza. *Revista de Salud del Sur de Florida*, 4(1), 8-13. <https://doi.org/10.46981/sfjhv4n1-002>
- Van de Schoot, R., Schmidt, P., De Beuckelaer, A., Lek, K., & Zondervan-Zwijnenburg, M. (2015). Measurement invariance. *Frontiers Psychology*, 6, 1064. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2015.01064>
- Van Heeringen, K. (2003). The neurobiology of suicide and suicidality. *Can J Psychiatry*, 48(5), 289-91. <https://doi.org/10.1177/070674370304800504>
- Van Orden, K. A., Witte, T. K., Cukrowicz, K. C., Braithwaite, S. R., Selby, E. A., & Joiner, T. E. (2010). The Interpersonal Theory of Suicide. *Psychologist Review*, 117(2), 575-600. <https://doi.org/10.1037%2Fa0018697>



Villalobos-Galvis, F. H. (2010). Validez y confiabilidad del Inventario de Ideación Suicida Positiva y Negativa-PANSI, en estudiantes colombianos. *Universidades Psicológicas*, 9(2), 509-520. <http://dx.doi.org/10.11144/Javeriana.upsy9-2.vfii>

Wasserman D., & Cheng Q. (2005). Global suicide rates among young people aged 15-19. *World Psychiatry*, 4, 114-120.

8. ANEXOS

8.1 ESCALA GHQ-28

Por favor, responde a todas las preguntas marcando con un círculo el número (1, 2, 3 o 4) que preceda a la respuesta que, en tu opinión, mejor se aplique a tu situación actual. Sólo debes responder sobre los problemas recientes y los que estás experimentando en este momento, no sobre los que hayas tenido en el pasado. Es crucial que intentes contestar TODAS las preguntas.

En las ÚLTIMAS SEMANAS:

A. 1. ¿Se ha sentido perfectamente bien de salud y en plena forma?

1.Mejor que lo habitual 2.Igual que lo habitual 3.Peor que lo habitual 4.Mucho peor que lo habitual

A. 2. ¿Ha tenido la sensación de que necesita un reconstituyente?

1.No, en absoluto 2.No más de lo habitual 3.Bastante más que lo habitual 4.Mucho más que lo habitual

A. 3. ¿Se ha sentido agotado y sin fuerzas para nada?

1.No, en absoluto 2.No más de lo habitual 3.Bastante más que lo habitual 4.Mucho más que lo habitual

A. 4. ¿Ha tenido la sensación de que estaba enfermo?

1.No, en absoluto 2.No más de lo habitual 3.Bastante más que lo habitual 4.Mucho más que lo habitual

A. 5. ¿Ha padecido dolores de cabeza?

1.No, en absoluto 2.No más de lo habitual 3.Bastante más que lo habitual 4.Mucho más que lo habitual

A. 6. ¿Ha tenido sensación de opresión en la cabeza, o de que la cabeza le va a estallar?

1.No, en absoluto 2.No más de lo habitual 3.Bastante más que lo habitual 4.Mucho más que lo habitual

A. 7. ¿Ha tenido oleadas de calor o escalofríos?

1.No, en absoluto 2.No más de lo habitual 3.Bastante más que lo habitual 4.Mucho más que lo habitual

B. 1. ¿Sus preocupaciones le han hecho perder mucho sueño?

1.No, en absoluto 2.No más de lo habitual 3.Bastante más que lo habitual 4.Mucho más que lo habitual

- B. 2. ¿Ha tenido dificultades para seguir durmiendo de un tirón toda la noche?
1.No, en absoluto 2.No más de lo habitual 3.Bastante más que lo habitual 4.Mucho más que lo habitual
- B. 3. ¿Se ha notado constantemente agobiado o en tensión?
1.No, en absoluto 2.No más de lo habitual 3.Bastante más que lo habitual 4.Mucho más que lo habitual
- B. 4. ¿Se ha sentido con los nervios a flor de piel y malhumorado?
1.No, en absoluto 2.No más de lo habitual 3.Bastante más que lo habitual 4.Mucho más que lo habitual
- B. 5. ¿Se ha asustado o tenido pánico sin motivo?
1.No, en absoluto 2.No más de lo habitual 3.Bastante más que lo habitual 4.Mucho más que lo habitual
- B. 6. ¿Ha tenido la sensación de que todo se le viene encima?
1.No, en absoluto 2.No más de lo habitual 3.Bastante más que lo habitual 4.Mucho más que lo habitual
- B. 7. ¿Se ha notado nervioso y “a punto de explotar” constantemente?
1.No, en absoluto 2.No más de lo habitual 3.Bastante más que lo habitual 4.Mucho más que lo habitual
- C. 1. ¿Se las ha arreglado para mantenerse ocupado y activo?
1.Más activo que lo habitual 2.Igual que lo habitual 3.Bastante menos que lo habitual 4.Mucho menos que lo habitual
- C. 2. ¿Le cuesta más tiempo hacer las cosas?
1.Más rápido que lo habitual 2.Igual que lo habitual 3.Más tiempo que lo habitual 4.Mucho más tiempo que lo habitual
- C. 3. ¿Ha tenido la impresión, en conjunto, de que está haciendo las cosas bien? 1.Mejor que lo habitual 2.Aproximadamente lo habitual 3.Peor que lo habitual 4.Mucho peor que lo habitual
- C. 4. ¿Se ha sentido satisfecho con su manera de hacer las cosas?
1.Más satisfecho que lo habitual 2.Aproximadamente lo habitual 3.Menos que lo habitual 4.Mucho menos que lo habitual
- C. 5. ¿Ha sentido que está jugando un papel útil en la vida?
1.Más útil que lo habitual 2.Igual que lo habitual 3.Menos útil que lo habitual 4.Mucho menos útil que lo habitual

C. 6. ¿Se ha sentido capaz de tomar decisiones?

1. Más que lo habitual 2. Igual que lo habitual 3. Menos que lo habitual 4. Mucho menos capaz que lo habitual

C. 7. ¿Ha sido capaz de disfrutar sus actividades normales de cada día?

1. Más que lo habitual 2. Igual que lo habitual 3. Menos capaz que lo habitual 4. Mucho menos que lo habitual

D. 1. ¿Ha pensado que Vd. es una persona que no vale para nada?

1. No, en absoluto 2. No más de lo habitual 3. Bastante más que lo habitual 4. Mucho más que lo habitual

D. 2. ¿Ha venido viviendo la vida totalmente sin esperanza?

1. No, en absoluto 2. No más de lo habitual 3. Bastante más que lo habitual 4. Mucho más que lo habitual

D. 3. ¿Ha tenido el sentimiento de que la vida no merece la pena vivirse?

1. No, en absoluto 2. No más de lo habitual 3. Bastante más que lo habitual 4. Mucho más que lo habitual

D. 4. ¿Ha pensado en la posibilidad de “quitarse de en medio”?

1. Claramente no lo he pensado 2. Me parece que no 3. Se me ha cruzado por la mente 4. Claramente lo he pensado

D. 5. ¿Ha notado que a veces no puede hacer nada porque tiene los nervios desquiciados?

1. No, en absoluto 2. No más de lo habitual 3. Bastante más que lo habitual 4. Mucho más que lo habitual

D. 6. ¿Ha notado que desea estar muerto y lejos de todo?

1. No, en absoluto 2. No más de lo habitual 3. Bastante más que lo habitual 4. Mucho más que lo habitual

D. 7. ¿Ha notado que la idea de quitarse la vida le viene repetidamente a la cabeza?

1. Claramente no lo he pensado 2. Me parece que no 3. Se me ha cruzado por la mente 4. Claramente lo he pensado

A: _____

B: _____

C: _____

D: _____

TOTAL: _____

8. 2 ESCALA IDEACIÓN SUICIDA (GHQ-28)

Por favor, responde a todas las preguntas marcando con un círculo el número (1, 2, 3 o 4) que preceda a la respuesta que consideres que mejor se adapte a tu situación actual en las últimas semanas. Sólo debes responder en base a problemas recientes, no sobre aquellos que hayas tenido en el pasado. Es importante que trates de contestar a TODAS las preguntas.

RECIENTEMENTE:

- ¿Has tenido el sentimiento de que la vida no merece la pena vivirse?

- 1.No, en absoluto
- 2.No más de lo habitual
- 3.Bastante más que lo habitual
- 4.Mucho más que lo habitual

- ¿Has pensado en la posibilidad de “quitarte de en medio”?

- 1.Claramente no lo he pensado
- 2.Me parece que no
- 3.Se me ha cruzado por la mente
- 4.Claramente lo he pensado

- ¿Has notado que deseas estar muerto y lejos de todo?

- 1.No, en absoluto
- 2.No más de lo habitual
- 3.Bastante más que lo habitual
- 4.Mucho más que lo habitual

- ¿Has notado que la idea de quitarse la vida te viene repetidamente a la cabeza?

- 1.Claramente no lo he pensado
- 2.Me parece que no
- 3.Se me ha cruzado por la mente
- 4.Claramente lo he pensado

8. 3 ESCALA DE APOYO SOCIAL (MOS)

Las siguientes preguntas se refieren al apoyo o ayuda del que dispones. Aproximadamente, ¿cuántos amigos íntimos o familiares cercanos tienes? (Personas con las que te encuentras a gusto y puedes hablar acerca de todo lo que se te ocurre) 1. Escribe el número de amigos íntimos y familiares cercanos.

Nº de amigos íntimos	Nº de familiares cercanos

La gente busca otras personas para encontrar compañía, asistencia u otros tipos de ayuda. ¿Con qué frecuencia dispones de cada uno de los siguientes tipos de apoyo cuando lo necesitas?

Marque una única opción en cada fila:	Nunca	Pocas veces	Algunas veces	La mayoría de las veces	Siempre
Alguien que te ayude cuando tengas que permanecer en la cama.	1	2	3	4	5
Alguien con quien puedes contar cuando necesitas hablar.	1	2	3	4	5
Alguien que te dé consejo cuando tengas problemas.	1	2	3	4	5
Alguien que te lleve al médico cuando lo necesites.	1	2	3	4	5
Alguien que te muestre amor y afecto.	1	2	3	4	5
Alguien con quien pasar un buen rato.	1	2	3	4	5
Alguien que te informe y te ayude a entender una situación.	1	2	3	4	5
Alguien en quien confiar o con quien hablar de ti mismo/a y tus preocupaciones.	1	2	3	4	5

Alguien que te abrace.	1	2	3	4	5
Alguien con quien puedes relajarte.	1	2	3	4	5
Alguien que te prepare la comida si no puedes hacerlo.	1	2	3	4	5
Alguien cuyo consejo realmente desees.	1	2	3	4	5
Alguien con quien hacer cosas que te sirvan para olvidar tus problemas.	1	2	3	4	5
Alguien con quien hacer cosas que te sirvan para olvidar tus problemas.	1	2	3	4	5
Alguien con quien compartir tus temores y problemas más íntimos.	1	2	3	4	5
Alguien que te aconseje cómo resolver tus problemas personales.	1	2	3	4	5
Alguien con quien divertirse.	1	2	3	4	5
Alguien que comprenda tus problemas.	1	2	3	4	5
Alguien a quien amar y hacer sentir querido..	1	2	3	4	5