



**Adaptación de escala que evalúa ideación suicida en alumnos adolescentes de educación
especial**

Propuesta de Tesis presentada a la Facultad de Psicología de la Universidad del Desarrollo
para optar al grado académico de Magíster en Psicología de la adolescencia

Autor

Fernando Gabriel Cortes Fritz

Profesor Guía

Sr. Ramón Florenzano Urzúa

Santiago, Chile

Noviembre 2017

Dedicatoria

A mis padres...

Fernando y Verónica

Agradecimientos

Agradezco a Dios por ser la respuesta cuando la he necesitado, a mi familia por sus esfuerzos en pro de entregar un norte, a mis profesores del estudio por la guía y disposición, y a mis amigos por estar en aquellos instantes precisos.

Resumen

El suicidio se presenta en la humanidad desde tiempos inmemoriales, y afecta a las diferentes culturas de modos particulares. En ello, existen poblaciones que presentan mayor riesgo de suicidio, siendo la que corresponde al segmento adolescente como una de ellas y que de acuerdo a estudios va en alza. Se habla de un continuo de conductas que finalmente concluyen con el suicidio, siendo parte de este espectro y un antecesor a él la ideación suicida. Por tal razón al lograr la detección de ideación suicida, podrían activarse procedimientos a fin de evitar el suicidio consumado.

La relevancia de esta investigación se fundamenta en que existe una escasa revisión en la literatura sobre estudios de conductas suicidas en personas con discapacidad intelectual, lo cual según refieren Merrick y cols. (2005), se debe a que se ha atribuido erróneamente la creencia que dicha población no comete suicidio. Ahora bien algunos autores han realizado estudios que han demostrado que en efecto las personas con discapacidad intelectual sí cometen suicidios, e inclusive que ciertas poblaciones lo realizan en una tasa similar a las personas sin discapacidad intelectual. En base a lo anterior, es concordante el no encontrar escalas o instrumentos que midan psicopatologías en estas personas (entre ellas en idioma español) y por consiguiente no lograr una detección oportuna que pudiera facilitar instancias como la derivación y el tratamiento.

El objetivo del estudio se centra en la adaptación de una escala que mide conductas suicidas, y en la confección de un protocolo que permita aplicar dicho instrumento en población adolescente con discapacidad intelectual. Para ello se desarrollará un estudio psicométrico, no exploratorio, cuantitativo, transversal, en una muestra que comprenderá a la totalidad de alumnos adolescentes que presenten discapacidad intelectual leve y moderada entre 15 a 26 años de tres escuelas especiales existentes en la región del Maule.

Tabla de contenidos

Resumen.....	4
Introducción	6
Fundamentos teóricos	9
Conductas del espectro suicida	12
Conducta suicida en el período de cambios de la adolescencia	16
Discapacidad intelectual y conducta suicida	19
Discapacidad intelectual y evaluaciones psicológicas	22
Objetivos	24
Objetivo General	24
Objetivos Específicos	24
Metodología	25
Diseño.....	25
Participantes	25
Jueces expertos	25
Alumnos.....	28
Instrumentos	30
Procedimientos	32
Resultados	34
Validez de contenido	34
Confiabilidad	43
Análisis de confiabilidad en dimensión de estabilidad	44
Conclusiones	51
Discusión.....	51
Bibliografía	56
Anexos	63

Introducción

El suicidio es un problema de salud a nivel mundial que afecta los distintos contextos. Se ha definido al suicidio en la Clasificación Internacional de Enfermedades en su Décima Versión (CIE 10) como “un acto con resultado letal, deliberadamente iniciado y realizado por el sujeto, sabiendo o esperando su resultado letal y siendo considerado el resultado como instrumento para obtener cambios deseables en su actividad consciente y medio social”.

Es un problema que afecta a hombres y mujeres de diferentes edades pero se acentúa más en algunos grupos como en personas mayores a 40 años. Pese a lo anterior ha habido un aumento significativo en comportamientos suicidas entre los jóvenes de 15 a 25 años (OMS, 2005). Respecto a los predictores más altos que existen de suicidio consumado se encuentran la desesperanza y los intentos de suicidio previos (Beck, Steer, Beck & Newman, 1993).

Es posible señalar que previo al suicidio se manifiesta la ideación suicida, y ésta consiste según Mardomingo (1994) en los pensamientos inespecíficos en relación al escaso valor de la vida, la elaboración de planes de suicidio, las amenazas heterodirigidas, entre otros. Este elemento no es algo menor ya que según un estudio (Vera-Romero, 2012) la ideación suicida se encuentra presente en población adolescente en un 29% en promedio en los países de Sudamérica, pero particularmente en Chile este número es mayor, presentándose con un 59%.

El suicidio no puede ser tratado sino solamente prevenido, razón por la cual es necesario realizar acciones que puedan anticiparse a dicha conducta. Con tal propósito es que el Ministerio de salud de Chile ha elaborado un plan que tiene por fin reducir la mortalidad por suicidio, replicando experiencias internacionales exitosas a fin de implementarlas en un contexto nacional. En ello se han realizado revisiones de planes que logran disminuir los

factores de riesgo de conducta suicida en población adolescente, como otros que disminuyen los suicidios (Bustamante & Florenzano, 2012).

Es de mencionar que existe un tipo de población que necesita tanto de las habilidades (a veces escasas) que posee para poder adaptarse al medio, como de las oportunidades que éste le brinda, con esto nos referimos a la población con discapacidad. Para ello habitualmente se hace necesario un contexto familiar o social que pueda propiciar las herramientas necesarias para desenvolverse de mejor manera en la sociedad (Guzmán y cols, 2014), ya que de lo contrario se torna complejo o hasta inviable que el individuo pueda desarrollarse de manera satisfactoria. Ahora bien, existe un tipo de discapacidad que es la de tipo intelectual y que tiene directa relación con las habilidades cognitivas, el lenguaje y la motricidad, entre otras. De acuerdo a estudios, las personas con este tipo de discapacidad pueden presentar trastornos de salud mental contrariamente a lo que podría pensarse (Merrick y cols, 2005) e inclusive es habitual algunos de ellos como los trastornos depresivos.

En la literatura (Lunsky, Raina & Burge, 2012) se señala la escasez de investigaciones con respecto a suicidio en personas con discapacidad intelectual. Esto evidencia una situación no menos inquietante ya que podría estar excluyéndose de estudiar una población que en efecto comete conductas suicidas. Por tanto la detección de dichas conductas se hace relevante, incluyendo la ideación suicida, ya que podría realizarse una prevención oportuna a fin de evitar suicidios consumados. Pese a lo anterior, se carece de instrumentos diseñados o adaptados para esta población que evalúen la temática del suicidio o de otros factores asociados como la depresión. Así también cabe la duda si las escalas que existen para personas sin discapacidad intelectual y que miden conductas suicidas, pueden ser aplicadas y a la vez respondidas en la población en cuestión. A ello se agrega una segunda dificultad y que consiste en el desconocimiento de si en caso que se apliquen dichas escalas, el

procedimiento que se llevará a cabo será el mismo que el original o será necesario realizar modificaciones para asegurar una adecuada ejecución del instrumento. En base a estos cuestionamientos es que se considera como conveniente la adaptación de una escala (Okasha) que mide conductas suicidas y que se encuentra validada en Chile para población adolescente, a fin de poder ser estudiada y modificada para su posterior aplicación en población adolescente con discapacidad intelectual.

Lo anterior permitiría tener un instrumento que contara con los resguardos necesarios para poder ser administrado en adolescentes con discapacidad intelectual en escuelas especiales, con el objetivo de realizar screenings de la conducta suicida de los alumnos y así realizar intervenciones oportunas en caso que se amerite. Lo anterior conllevaría además buscar la evitación de suicidios consumados. Por otra parte esto permitiría aportar al estudio en el área que como se señaló es escaso, y facilitaría información para futuras investigaciones en lo que respecta a suicidio y discapacidad intelectual.

Fundamentos teóricos

El suicidio como un problema general de salud

El suicidio ha existido desde tiempos inmemoriales en la humanidad, y según la respectiva cultura ha sido valorado de manera particular. Respecto a ello podemos citar ejemplos como el Harakiri en la antigua cultura nipona que era visto como acto de valentía; la muerte autoproiciada de Cleopatra en la antigua cultura egipcia frente a no soportar una pérdida amorosa; o el suicidio del rey Saúl en la guerra contra los Amalecitas cuando prefirió él mismo poner fin a su vida en vez que lo hicieran sus enemigos según la literatura bíblica. En el contexto de hoy se considera como un problema de salud asociado a la violencia ya que ésta se utiliza se forma deliberada para intentar o causar daño, lesiones o muerte (OPS, 2002, pp5). En este caso el acto de violencia es hacia sí mismo, de manera volitiva, y por ello es entendible como un problema que tiene opción de poder ser tratado. Por tanto es aquí donde entran en juego disciplinas como la psiquiatría, psicología y sociología para realizar una comprensión del suceso, establecer sus causas y poder realizar estrategias para tratarlo.

La palabra *suicidio* es un latinismo que se compone por las expresiones *sui* (uno mismo) y *caedere* (matar). El término “suicidio” fue acuñado aparentemente por Sir Thomas Browne en su obra *Religio Medici* en 1642, al distinguir el hecho de matar a una persona que al hacerlo hacia sí mismo (Vicuña & Sepúlveda, 2003). El acto del suicidio era ampliamente ligado a la enfermedad mental, especialmente a la conducta psicótica y por ello no tuvo un estudio diferente sino hasta que Durkheim realiza sus postulados enfatizando causas en que se involucra a la sociedad. Posteriormente en la mitad del siglo XX con los estudios planteados por Edwin Schneidman, el suicidio pasa a ser un campo de estudio científico y por ende se comenzaron a barajar diferentes causas, estudio de poblaciones en riesgo y factores asociados (Chávez-Hernández & Leenaars, 2010).

El suicidio es definido por la Organización Mundial de la Salud como “el acto deliberado de quitarse la vida” y es considerado como un acto de violencia que trae consecuencias perjudiciales no solo para el individuo que lo comete sino también para su entorno como familia y comunidad (OMS, 2010, pp. 74-75). Esta misma organización ha señalado que el suicidio es una de las diez principales causas de muerte en el mundo y es la responsable de la mitad de todas las muertes violentas en el mundo. Cerca de mil personas se suicidan diariamente, por lo que se considera que existe un suicidio cada 30 segundos y finalmente la totalidad de decesos a raíz de esta causa se aproxima a un millón de personas al año. Además se estima que el suicidio alcanzará para el año 2020 a cerca de 1.5 millones ya que se encuentra una tendencia creciente en el tiempo. Se ha calculado que el riesgo de muerte en quienes realizan intentos de suicidio es 100 veces superior al que tiene la población general, y que entre el 10 a 15% de quienes han intentado suicidarse terminarán logrando el objetivo (OMS, 2009).

Según distintos estudios, los hombres tienden a cometer entre tres a cuatro veces más suicidios que las mujeres aun cuando son éstas quienes cometen mayor cantidad de intentos suicidas (MINSAL, 2013). Esto último se asocia con que las mujeres utilizan métodos de menor letalidad. Por otro lado con respecto a la edad, se observa un crecimiento progresivo y sostenido en el tiempo respecto al suicidio en el grupo entre 15 a 34 años (Moyano & Barría).

Existen numerosos factores de riesgo asociados a la conducta suicida siendo principalmente uno de ellos el portar una patología psiquiátrica (OMS, 1998, citado en Echavarry y cols, 2015). A este tipo de psicopatologías se asocian trastorno bipolar, esquizofrenia, abuso de alcohol y drogas, y depresión, sin embargo es ésta última la que tiene mayor prevalencia (Urzúa & Caqueo-Urizar, 2009).

Existen diversos métodos para llevar a cabo el suicidio, siendo algunas de ellos utilizados de acuerdo a la accesibilidad del material suicida o proximidad de una situación suicida para su concreción. Respecto a lo anterior es posible citar un estudio realizado en Suiza de 333 personas de 0 a 19 años, en donde se observó que la metodología principalmente ocupada para un suicidio estaba de acuerdo a la disponibilidad y fácil acceso a las vías letales, junto con el fenómeno de imitación. De acuerdo con ello, el principal método utilizado por los varones fue usar armas de fuego seguido de ahorcamiento, arrojarse a vías del tren, y saltar desde alturas. En la población femenina se priorizaban otras formas como la preferencia de arrojarse a las vías, seguida desde el salto de alturas, el ahorcamiento y la intoxicación medicamentosa (Picazo-Zapino, 2014).

En Chile la tasa de suicidio es de 13,3 por 100.000 habitantes (Minsal, 2013), en donde 4,1 por 100.000 corresponden a mujeres y 18,5 en hombre (OECD, 2011). La estadística señala que en Chile se suicidan cinco personas diariamente, es decir cerca de unas 1.800 personas al año. Además las tasas de suicidio entre 1995 y el año 2009 alcanzaron un crecimiento de un 54,9%, lo cual deja a Chile en el segundo lugar en el mundo respecto al crecimiento del suicidio, colocándose sólo por detrás de Corea en este asunto (Echavarry y cols, 2015). Por otra parte, según Baader (2010) el suicidio en Chile tiene meses con mayor prevalencia, situándose en ello enero, septiembre y noviembre; es decir, mayormente en primavera. Es de agregar que al caracterizar la metodología con que en Chile la gente tiende a utilizar para concretar el suicidio, la principal forma para llevarlo a cabo es el ahorcamiento.

Para investigar sobre el suicidio se hace necesario conocer los factores biológicos, psicológicos, familiares, sociales, económicos, legales, entre otros, a fin de tener una evaluación exhaustiva que pueda dar cuenta del fenómeno (Minsal, 2012; Moyano & Barría, 2006). En esta misma línea, investigaciones han concluido que existen muertes que pueden

ser consideradas como evitables considerándose el suicidio como una de ellas. Por tal razón son plausibles las políticas públicas que se enfoquen en la caracterización del suicidio a fin de implementar programas para su prevención.

En Chile se han implementado medidas para la prevención del suicidio como el plan nacional para la prevención del suicidio (Minsal, 2007). Es de señalar también el programa de tratamiento para la depresión (Minsal, 2006), entendiéndose esta patología como una de alta asociación a la situación del suicidio. Es posible agregar que en el área de la salud en los últimos años se ha implementado dentro del programa de salud integral de adolescentes el control de salud del adolescente en donde se aplica la ficha CLAPS (Minsal, 2014) en la cual hay un pequeño apartado que indaga en el área de salud mental en relación a síntomas depresivos y otros aspectos como violencia intrafamiliar. Ahora bien, todo lo anterior no ha permitido la disminución de la suicidalidad en el país como objetivo sanitario para la década 2000-2010, sino que incluso aumentó en un 60% (Minsal 2011).

Conductas del espectro suicida

El comportamiento suicida se manifiesta por la ideación suicida, la planificación del suicidio y el intento de suicidio (Echavarry, 2015). Respecto al intento de suicidio se puede referir que es la acción para cometer el acto suicida, siendo entendido como un comportamiento voluntario de la persona. Cuando esto último es realizado con una baja intencionalidad de muerte es a lo que se le ha llamado conducta parasuicida (Dyer & Kreitman, 1984), lo cual es un fenómeno que se ha incrementado en los últimos 50 años. No todo intento suicida tiene como fin el acabar con la propia vida, ya que puede tener como objetivo el comunicar un mensaje sin necesariamente acabar en la muerte. Propio de esto es

válido para tener en consideración en una evaluación posterior al intento suicida con respecto a la reacción que sucede ya sea en el individuo o en su entorno al haber realizado tal acción.

Por otra parte es de mencionar otro tipo de conducta adyacente al intento suicida que es el de agredirse a sí mismo de distinta manera, lo cual es llamado autolesión. Esta conducta es considerada según la definición de Hawton (2002) como el “acto no fatal en el cual un individuo deliberadamente se destina a causar daño mediante lesiones, ingestión de sustancias mayor a la dosis terapéutica, consumo de drogas ilícitas/recreacionales o la ingestión de sustancias no comestibles”. La autolesión considera un amplio espectro de conductas que tienen por fin reducir el sufrimiento que padece la persona entendiéndolo como el dolor emocional. Es de agregar que distintos estudios consideran la autolesión como un factor de riesgo con el suicidio, ya que se evidencia una estrecha correlación entre ambas, y además múltiples estudios la consideran incluso como parte de un continuo entre estas dos conductas porque comparten en común la autoinflicción de daño y sólo se diferencian entre la seriedad de la lesión causada (Kirchner y cols, 2011). Otros autores señalan que las conductas suicidas se consideran en un espectro de menor a mayor severidad y que se inicia en aspectos cognitivos como la ideación suicida junto a la planificación, hasta finalmente los comportamentales como lo son el intento de suicidio y el suicidio consumado (OPS, 2002)

Otro elemento parte del espectro suicida es la ideación suicida, la cual consiste en los pensamientos inespecíficos acerca del escaso valor de la vida, la elaboración de planes de suicidio, o las amenazas heterodirigidas, entre otros (Mardomingo, 1994). Luego de valorar de manera muy poco importante o con una perspectiva negativa ya sea la vida misma, los planes personales o la evaluación de sucesos de la historia de vida, toma preponderancia la ideación suicida. Es por ello que luego de esto se elaborarían planes para acabar consigo mismo a fin de poner fin al padecimiento psicológico que se vive. Esto tendría relación con la

valoración de querer morir, el diseño de métodos para realizarlo, o la búsqueda de alternativas posibles para acabar con la propia vida. Se hace necesario por tanto comentar sobre la ideación suicida porque según la teoría, ésta sería la génesis para el suicidio consumado al avanzar en un continuo de gravedad, y es en ello que distintos autores expresan esta alta relación (Goodwin, Beautrais & Fergusson, 2004). Cabe destacar también la representación suicida, lo cual corresponde a las imágenes que haría del suicidio al propio individuo, y que configuran parte de lo que ocurre mentalmente (Urzúa & Caqueo-Urizar, 2009).

La ideación suicida es el mejor predictor para la realización de un intento de suicidio, y los intentos predicen la consumación del suicidio (Lecrubier, 2001). Es decir que puede existir un continuo entre la ideación suicida y el suicidio consumado finalmente. Por tanto ésta es un factor de riesgo a evaluar dentro de la investigación de la suicidabilidad en el individuo. Se hace relevante determinar los factores a los que se asocia para comprender cómo ésta puede ir evolucionando hacia una conducta de mayor gravedad. En relación a ello es posible citar que dentro del ámbito del suicidio, uno de los estados más recurrentes descritos por la literatura es el de desesperanza, la cual es definida, tal como lo indican Abramson, Metalsky y Alloy (1989) como un “sistema negativo de creencias y expectativas en relación con uno mismo y con el futuro”. Por lo mismo podría hipotetizarse que más que ser factores excluyentes, podría tanto la ideación suicida como la desesperanza, presentarse conjuntamente y hacer de mayor riesgo la conducta suicida al ser elementos cognitivos y afectivos que se influyen mutuamente. En relación a lo anterior cabe citar lo que concluye Sánchez (2014) quien realizó un estudio donde agrupó las dos variables recientemente mencionadas, y sostuvo que para aumentar el tránsito hacia el suicidio se hacía necesario de otra variable más, la cual corresponde al control de los impulsos. Postulaba que a medida que existía mayor control de los elementos nombrados, mayor posibilidad se suscitaba de inhibir

la conducta suicida. Por tanto distintos factores psicológicos entran en relación para potenciar o disminuir las conductas suicidas. Además de lo anterior, la frecuencia de la ideación suicida aumenta cuando existen diagnósticos comórbidos. Así lo señala un estudio que observó que la ideación suicida tuvo mayor prevalencia cuando existían diagnósticos como depresión sumado a un trastorno de ansiedad (fobia social, trastorno por estrés post traumático, angustia) (Lecrubier, 2001). Este mismo autor señala que además que esta comorbilidad no se limita al plano del EJE I del Manual Diagnóstico Estadístico de los Trastornos Mentales en su cuarta revisión (DSM IV), sino que también se asocia con elementos del EJE II, de lo cual hablamos por tanto de factores de personalidad.

La ideación suicida puede ser mucho más habitual de lo que podría pensarse en el común de la gente. En México hubo más de seis millones y medio de personas durante el año 2008 en un rango de 12 meses que presentaron ideación suicida (Borges y cols, 2012), lo cual como cifra es alarmante. Ahora bien con respecto a población adolescente en la realidad nacional existe un estudio que señala que el promedio de ideación suicida en Chile ocurrido durante 2007 es superior en comparación a otros países de Sudamérica ya que tuvo una cifra cercana al 60% mientras otros sectores en Perú, México y Colombia presentaban tasas de un 48, 47 y un 45% respectivamente. (Vera-Romero, 2012).

Peña y cols. (2002) sostienen que pese a la relevancia que tiene la ideación suicida, ésta ha sido considerada en menor medida frente al intento suicida o al suicidio consumado. Lo anterior se hace preocupante porque como ya dijimos, la ideación suicida es parte del continuo de conductas de la suicidabilidad que finalmente pueden llegar a terminar con la muerte autoinflingida.

Conducta suicida en el período de cambios de la adolescencia

Los adolescentes también se ven afectados por la problemática del suicidio y se ha registrado en el mundo un crecimiento alarmante de los comportamientos suicidas entre los de 15 a 25 años. El suicidio es una de las primeras cinco causas de muerte en adolescentes de 15 a 19 años y actualmente es la tercera causa de muerte entre los 15 a 24 años, precedido después solamente por los accidentes y el homicidio (OMS, 2005; en Minsal, 2012). Dentro de la situación a nivel latinoamericano es posible señalar algunas estadísticas como nombrar al suicidio como la segunda causa de muerte en adolescentes entre 10 a 19 años de edad en México (Juhnke, 2012); el estudio nacional de salud mental de Colombia realizado en 2003 que situaba al suicidio como la cuarta causa de muerte en adolescentes entre 12 a 15 años en dicho país (Piedrahita, 2012); y Chile en donde las llamadas causas externas (accidentes, homicidios y suicidios) constituyen la primera causa de muerte en adolescentes entre 10 a 19 años, aunque no se especifica qué posición ocupa el suicidio (Minsal, 2013).

En Chile la tasa de suicidio de adolescentes de 10 a 19 años ha ido en aumento en los últimos años en donde se contaba con un promedio de 5,7 por cada 100.000 habitantes en 2005 hasta alcanzar un 7,0 en 2010. Los adolescentes hombres son los que presentan una mayor tasa de suicidio casi tres veces más que las adolescentes mujeres (10 por 100.000 en hombres y 3,8 en mujeres) (Minsal, 2013). Pese a que los adolescentes hombres son quienes tienen mayor suicidio consumado, son las adolescentes mujeres quienes concentran mayor número de intentos suicidas. No se pueden señalar las cifras exactas debido a que no existe la obligación legal de constatar los intentos suicidas no consumados, y por ende se desconoce el número que realmente alcanza. Por otra parte respecto a la caracterización en Chile en relación al suicidio adolescente, éste se concentra más en zonas urbanas por sobre las rurales, y los métodos mayormente utilizados son el ahorcamiento, estrangulamiento y

envenenamiento. Según un estudio realizado en Santiago de Chile, la conducta suicida en adolescentes entre 14 a 19 años se presentó con un 62% de ideación suicida, y un 19% de ellos reconoció haber realizado intentos de suicidio (Ventura-Juncá, Carvajal, Undurraga, Vicuña, Egaña & Garib, 2010).

Como factores de riesgo asociados al suicidio adolescente se encuentran los trastornos afectivos como la depresión (Bostwick, 2000; en Sarmiento Hernández y cols, 2014). La psicopatología afectiva llega a ser tan relevante que este mismo autor refiere que más de la mitad de los adolescentes con trastornos del estado de ánimo realizará un intento de suicidio y aproximadamente un 10% terminará en un suicidio consumado dentro de los 15 años posteriores a su diagnóstico. Aparte de los trastornos depresivos se encuentran factores de riesgo para el suicidio en adolescentes la desesperanza, una dinámica familiar problemática, consumo de sustancias tóxicas, malestar con el grupo de pares (se incluye el bullying), el fracaso escolar asociado a alta presión académica. Por otra parte existen factores asociados como insatisfacción corporal, frecuentes cambios de residencia, disregulación afectiva, impulsividad, trastorno por déficit de atención e hiperactividad, nivel económico bajo, enfermedades crónicas, vivencias traumáticas (bélicas, abusos sexuales y maltrato físico) y los conflictos con la identidad sexual (Picazo-Zappino, 2014). Factores de la relación familiar tienen especial consideración y pasan a presentar un punto importante en la ideación suicida según un estudio realizado en Chile (Florenzano, Valdés, Cáceres, Santander, Aspillaga & Musalem, 2011), esto ya que se evidenció que en aquellos adolescentes que tenían padres con alta hostilidad marital encubierta, tuvieron mayores posibilidades de presentar ideación suicida.

La OMS (1995) define a la adolescencia como aquella etapa que tiene lugar entre la aparición de los caracteres sexuales secundarios y la adquisición de la capacidad reproductiva

a la detención del crecimiento, etapa en la que los procesos psicológicos y las pautas de identificación favorecen el logro de la autonomía y la independencia psicológica y social. Es de destacar que desde diversos autores no hay un consenso sobre las edades que implica el término de la adolescencia, ya que algunos cifran esto a los 19 años (cuando se habla de la adolescencia tardía) mientras que otros señalan que esto corresponde más allá de una edad cronológica, aludiendo al cumplimiento de ciertas metas del proceso evolutivo y que podría en algunos casos por tanto situarse cercano a los 24 años o inclusive más tarde.

Este proceso implica una etapa de desarrollo hacia la madurez que no se limita solamente a los cambios físicos, sino también involucra los de tipo psicológicos, emocionales y sociales. Por tanto dentro de la gama de cambios que existen en este tránsito, las formas en cómo el adolescente vivencia la adaptación interior y exterior no deja de considerarse.

Dentro de los cambios internos se ve afectada la percepción de sí mismo mediante la disminución del autoconcepto, lo que se encuentra ligado a la autoestima y ésta a su vez también se asocia a la autovalía que presenta el adolescente. Dicha autoestima experimenta incrementos y decrementos de acuerdo a la percepción que tiene de cómo ocurren los hechos, lo que señala fluctuación y menor estabilidad durante el periodo adolescente (Rodríguez & Caño, 2012).

La principal tarea de la adolescencia consiste en el desarrollo de la identidad, lo que por tanto implica definir aspectos que tienen relación con definir quién es el sujeto, lo que proyectará a futuro y determinar una serie de alternativas como el proyecto vital, la identidad sexual y la elaboración de su propia historia pasada, entre otros. Desde un punto de vista psicodinámico es posible señalar un reordenamiento que ocurre en la mente y que por ende deriva en otros cambios de la vida: La libido se proyecta en nuevos objetos como las amistades y el grupo de pares, dejando por tanto de hacerlo en las primeras figuras de apego

(Blos, 1981). Inclusive este proceso haría posible que se cuestione tanto a los padres como a las figuras de autoridad (en quien se percibe a los padres) y se les desafíe inclusive. Lo anterior significa reelaborar la identidad que se estaba forjando, habituarse a una nueva corporalidad que experimenta cambios significativos y a suponer que los padres no son los modelos protectores y omnipotentes que se comprendía en la etapa infantil. En especial este último punto conlleva que el adolescente deba transitar con un nuevo funcionamiento al cual debe adaptarse poniendo un nuevo énfasis en lo social que sería con los pares. Es así como Carvajal (1993) habla de tres etapas, siendo primero la “etapa puberal” la que tiene relación con el inicio de los cambios físicos en la pubertad y que contiene diversos temores de los cuales busca defenderse; la segunda corresponde a adolescencia nuclear y que señala que luego del temor y la confusión, existe una necesidad de buscar una identidad y aceptación entre los pares luego de la separación emocional vivida con los padres. Las relaciones de tipo sentimental son idealizadas e interiorizadas; finalmente en la tercera etapa, adolescencia juvenil, se le considera el inicio de la adultez, y en ella desaparece la noción de grupo y se procura la independencia. Esto repercute en procesos como la búsqueda de pareja e intimidad y en la ejecución del proyecto de vida.

Discapacidad intelectual y conducta suicida

La Organización Mundial de la Salud definió la discapacidad como el resultado de la interacción entre la deficiencia de una persona y las variables ambientales que incluyen el ambiente físico, las situaciones sociales y los recursos humanos (OMS, 1990). Contiene términos en común con lo que Muñoz, Poblete y Jiménez (2012), la definen como una “deficiencia o minusvalía, referida a una presentación social construida en base a imágenes mentales relacionadas con limitaciones y carencia de oportunidades de desarrollo humano y se ha concebido como un problema social”.

Por lo tanto es posible señalar que la discapacidad no se comprende con un inicio desde el sujeto sino en procesos sociales como interacciones personales e interinstitucionales y en las oportunidades que ofrece el medio en los cuales se inserta el sujeto.

Según lo descrito por Guzmán, Martínez, Molina, Arancibia & Messeguer (2014) a lo largo del tiempo se han concentrado tres modelos que han visualizado la discapacidad. Primero surge el de la prescindencia, en donde la persona con discapacidad era vista como innecesaria y prescindible para la sociedad al ser un peligro, y por ello se les dejaba institucionalizados permanentemente. Luego emerge el modelo médico rehabilitador que comprende a la discapacidad no ya como algo proveniente de lo religioso sino como una situación de salud. Desde esta visión los discapacitados podían aportar a la sociedad en la medida que pudiesen ser “normalizados”. Finalmente surge el tercer modelo que es el social, el cual concibe el problema con un origen social, lo cual resulta ser un tema común y del colectivo. Junto con ello es de mencionar que este modelo ha sido reconocido por la Convención de Derechos de las Personas con Discapacidad, y sumado a lo descrito por la Organización de Naciones Unidas (2006) la discapacidad desde este enfoque es definida como *“un concepto que evoluciona y que resulta de la interacción entre las personas con deficiencias y las barreras debidas a la actitud y al entorno que evitan su participación plena y efectiva en la sociedad en igualdad de condiciones con los demás”*.

La discapacidad en un sentido general se encuentra presente en un 12,9% en Chile, lo que da cuenta que existe al menos un discapacitado cada tres hogares en promedio, y que significa en cifras un total de 2.068.072 personas (FONADIS, 2006). Además, de la totalidad de discapacitados que existen, un 10,3% presenta discapacidades múltiples o como también se le conoce “multidéficits”.

Es necesario evaluar lo que sucede en las personas que presentan discapacidad en torno a salud mental. Un estudio (Rodríguez, Rincón, Velasco, Hernández, Ramos & Gonzáles, 2011) señaló que la depresión y la ansiedad fueron los trastornos más frecuentes encontrados en personas que tenían ideación suicida y discapacidad.

Existe un tipo de discapacidad en particular en la cual se remite este documento y que es la de tipo intelectual. Esta se define como “una discapacidad caracterizada por limitaciones significativas en el funcionamiento intelectual y la conducta adaptativa, tal como se ha manifestado en habilidades prácticas, sociales y conceptuales” (AAMR, 2002) y añade que su inicio es anterior a los 18 años. Es posible categorizarlas en leve, moderada, severa y profunda, siendo las dos últimas las que necesitan generalmente de protección y ayuda debido al bajo grado de autonomía, deterioro psicomotor y dificultades en la expresión o comprensión del lenguaje. En Chile la cantidad de personas con discapacidad intelectual es de poco más de 300.000 personas, correspondiendo a cerca del 1,7% de la población (Fonadis, 2006). Su detección se realiza en niños y adolescentes del sistema escolar público al observarse un rendimiento escolar descendido, para luego evaluarlo y en tal caso derivarlo al programa de integración escolar o a escuela especial.

El suicidio en las personas que presentan discapacidad de tipo intelectual es un tema que presenta escasa revisión en la literatura. Ya hace unos años se evidenciaba esta situación y probablemente esto se sustentaba en la premisa que algunos autores habían considerado sobre que la discapacidad intelectual era un soporte que teóricamente disminuiría la conducta suicida. Sin embargo Merrick y cols (2005) señalaron que las tasas de conducta suicida en personas con discapacidad intelectual eran similares a las obtenidas en población general.

Las personas que presentan discapacidad intelectual y trastornos del desarrollo presentan cuatro veces más trastornos psiquiátricos que lo encontrado en la población general

(Rush, Bowman, Eidman, Toole & Morteson, 2004), sin embargo se presenta una tendencia a subdiagnosticar trastornos psiquiátricos en esta población. Pese a lo anterior, existen investigaciones que señalan la alta incidencia del trastorno depresivo en las personas con discapacidad intelectual (Lunsky, 2004).

Al menos hasta el año 2012, había sido publicado solo un estudio de suicidio en población con discapacidad intelectual en relación a población general (Patja y cols, 2001), el cual fue realizado en finlandeses y arrojó como resultado tasas similares de suicidio en mujeres con discapacidad intelectual en comparación con mujeres de población general, lo que no fue así en varones con discapacidad intelectual, ya que presentaron menor tasa de suicidio en relación a los hombres de población general. Otro estudio realizado en población adulta en Reino Unido señaló que la ideación suicida y los intentos suicidas fueron más habituales en personas con inteligencia límite que en población general (Hassiotis y cols, 2011). Por otra parte un estudio realizado por Lunsky (2012) reveló que los individuos con discapacidad intelectual que tendieron a presentar mayor comportamiento suicida fueron los que conocían los servicios de un sistema de salud. Esto particularmente en mujeres con discapacidad intelectual leve.

Discapacidad intelectual y evaluaciones psicológicas

Dentro del sistema público de educación, a los niños y adolescentes en las escuelas especiales se les evalúa intelectualmente cada un tiempo predeterminado mediante pruebas como la Escala Wechsler de Inteligencia para niños o adultos según corresponda. Esto es parte de una habitualidad normada que permite evaluar la evolución de cada alumno y facilita el desarrollo de planes de trabajo para cada uno. Otro tipo de herramientas de evaluación psicológica como la Escala de Madurez Social de Vinneland adaptación Chilena (Otero, 1959), no se encuentran sistematizadas para ser aplicadas cada un determinado tiempo en

específico. En ello es de agregar que instrumentos psicológicos tipo screenings para población con discapacidad intelectual en nuestro país son escasos e inclusive se carece de las adaptaciones que evalúen aspectos de salud mental como depresión o ansiedad, y que resultan necesarias para así poder ser aplicadas en contextos de características diferentes al original (Carretero & Pérez, 2005).

La creación o adaptación de instrumentos que permitan evaluar prontamente aspectos nombrados facilitarían las respectivas intervenciones como prevenir o dar tratamientos oportunos. Siguiendo en esta línea, se realizó una búsqueda en *EBSCO*, y en *WEB OF SCIENCE & ENDNOTE* a fin de encontrar escalas en español relacionadas con la depresión o el suicidio en discapacidad intelectual, utilizando las palabras claves: “ESCALA + DISCAPACIDAD INTELECTUAL”, “DEPRESION + DISCAPACIDAD INTELECTUAL” y “SUICIDIO + DISCAPACIDAD INTELECTUAL”, no encontrando escalas que midieran estos aspectos en dicha población. Por tanto utilizar la escala de Okasha resulta ser una alternativa pero existe la interrogante de si es adecuada en población con discapacidad intelectual, o si su método de aplicación será el mismo que en formato original (el cual es autoadministrado). Frente a ello en la presente investigación se realizará una validez, entendiendo esto como un proceso unitario y que se basa en la acumulación de evidencias que permitan el correcto ejercicio de la prueba (Cordón y cols, 2014). Es de señalar que no se valida el instrumento, sino su aplicación y protocolo en una población con características diferentes a la originalmente propuesta. Ahora bien para tal adaptación de la prueba, se necesitan los mismos pasos que los realizados en la construcción de una de éstas (Carretero & Pérez, 2005). Por tanto debe existir una minuciosa y acabada revisión de la escala de ideación suicida de Okasha para su adaptación a la población con discapacidad intelectual.

Objetivos

Objetivo General

Adaptar la escala de ideación suicida de Okasha para ser aplicada en población adolescente con discapacidad intelectual de 15 a 26 años en escuelas especiales de las ciudades de Talca, Cauquenes y Parral, evaluando la validez y confiabilidad.

Objetivos Específicos

1. Confeccionar un protocolo de aplicación para la escala de ideación suicida de Okasha en adolescentes con discapacidad intelectual (siendo uno para aquellos que presentan la de tipo leve y otra para los que presentan la moderada) entre adolescentes de 15 a 26 años de educación especial de tres escuelas especiales de las ciudades de Talca, Cauquenes y Parral
2. Evaluar la validez de contenido de la escala de Okasha en población con discapacidad intelectual en adolescentes entre 15 a 26 años de educación especial en tres escuelas especiales ubicadas en Talca, Cauquenes y Parral.
3. Evaluar la confiabilidad de la escala de ideación suicida de Okasha en población de adolescentes con discapacidad intelectual leve y moderada entre 15 a 26 años de educación especial en tres escuelas especiales ubicadas en Talca, Cauquenes y Parral.

Metodología

Diseño

La presente investigación corresponde a la adaptación de una escala (Okasha) que evalúa ideación suicida. El instrumento original se encuentra adaptado y estandarizado para la población Chilena y para este caso se desea adaptar para una sub población que corresponde a adolescentes con discapacidad intelectual. Para ello se hace necesario realizar un proceso de investigación que permita adaptar el mencionado instrumento a fin que pueda evaluar la ideación suicida en la población objetivo. Para el logro del objetivo general del estudio se llevará a cabo un estudio de tipo instrumental y el estudio se dividirá en dos fases que corresponden primero a la adaptación del instrumento, para lo cual se hace necesario revisar la validez de ello, y posteriormente una fase que evalúe la confiabilidad de la escala modificada.

Participantes

Para la fase que corresponde a la adaptación de la escala, los participantes de ello corresponden a jueces expertos, mientras que para la fase de confiabilidad se hace necesario aplicar el instrumento modificado a los alumnos, quienes serán por tanto los segundos participantes. A continuación se enuncian las características de cada uno:

Jueces expertos

Para ser considerado juez experto se invitó al estudio a profesionales del área de la salud y de la educación que cumplieran con determinados criterios. El muestreo fue de tipo no probabilístico e intencionado por conveniencia. Se logró reclutar un total de 45 jueces expertos a quienes se entrevistó para el estudio. Los criterios para cada uno fueron:

Jueces del área de la educación. Profesionales con al menos tres años de experiencia en el área de educación especial, que posean capacitación en el área de discapacidad intelectual y que se encuentren insertos en una institución de educación especial. Para el caso de los docentes jubilados que hayan egresado del sistema de educación especial, se solicita que dicho tiempo no supere los 10 años. Entre los jueces del área de educación se reclutó un total de tres directores de escuela especial, dos jefes de UTP, 27 docentes y dos docentes jubilados.

Jueces del área de salud. Profesionales con al menos cinco años de experiencia de trabajo y al menos 3 años de experiencia con población con discapacidad intelectual. Por otra parte que presenten capacitación en áreas infanto adolescente o de discapacidad intelectual. En ello los jueces del área de salud que se reclutaron fueron 11 personas, de las cuales se contó con tres psicólogos (de escuela especial o proyecto de integración escolar), un psiquiatra, un pediatra, un médico familiar, una kinesióloga de escuela especial, una matrona encargada de programa de salud adolescente, una fonoaudióloga de escuela especial, un terapeuta ocupacional con experiencia en hospitalización por intento suicida y una enfermera de servicio público de urgencias (con experiencia de pacientes con intentos suicida).

La siguiente tabla describe la frecuencia y porcentaje de la muestra de jueces expertos que participaron del estudio. En la muestra se evidencia que los jueces que tienen mayor cantidad de participantes corresponden a los docentes, esto debido a que son los que tienen un trabajo de alta frecuencia (habitualmente a diario) con los alumnos con discapacidad intelectual y por ende un conocimiento individual profundo de cada uno de ellos.

Tabla 1

Frecuencia y porcentaje de los jueces expertos

Juez	Frecuencia	%
Directores de escuelas especiales	3	6,6
Jefes de UTP	2	4,4
Docentes de escuela especial	27	60,3
Docentes jubilados	2	4,4
Psicólogos	3	6,6
Psiquiatra	1	2,2
Pediatra	1	2,2
Médico Familiar	1	2,2
Enfermera de urgencias	1	2,2
Matrona de programa adolescente	1	2,2
Kinesióloga de escuela especial	1	2,2
Fonoaudióloga de escuela especial	1	2,2
Terapeuta Ocupacional	1	2,2
Total	45	100,0

Alumnos

El muestreo fue de tipo no probabilístico por conveniencia en donde se utilizó un universo de 80 alumnos. Las características para participar del estudio contaban con presentar discapacidad intelectual de tipo leve o moderada en límite superior (según el informe psicológico con que cuenta cada alumno en su establecimiento de educación especial), tener entre 15 a 26 años de edad (siendo 26 años la edad máxima en que se permanece en escuela especial) y contar con el consentimiento de los padres. Para cumplir con todo lo anterior se debió ampliar la propuesta inicial de tres a cinco ciudades en donde hubo que reunir a todos los participantes que contaban con el perfil señalado que fueron localizados en un total de seis establecimientos. Ahora bien es de señalar que con una de las escuelas de una ciudad determinada previamente para el estudio (Parral), se realizaron procedimientos para la investigación pero por lentitud del trámite con el director, se desestimó.

Tabla 2

Frecuencia y porcentaje de los alumnos según escuela

Escuela	Frecuencia	%
Escuela Horizonte	24	30,0
Escuela España	12	15,0
Escuela San Javier	13	16,3
Escuela Iberia	23	28,7
Escuela Linares	8	10,0
Total	80	100,0

Se analizó y categorizó a los participantes de esta fase en donde según la tabla 2 se muestran los descriptivos para edad y discapacidad según sexo. En ello se observa que la mayor parte de los evaluados son hombres, siendo casi el doble que las mujeres. La edad promedio es de 19 años, siendo similar entre los dos sexos aunque en los hombres tiende a ser más dispersa. Por otra parte en lo que respecta a discapacidad, los de tipo leve son mayoría en ambos sexos, siendo en promedio general más del doble que los moderados.

Tabla 3

Descriptivos para edad y discapacidad según sexo

Sexo	Frecuencia	%	Edad		Discapacidad	
			Promedio	DS	Leve	Moderado
Hombre	53	66,25	19,3	3,16	69,8	30,2
Mujer	27	33,75	19,5	2,59	63,0	37,0
Total	80	100,0	19,4	2,97	67,5	32,5

Instrumentos

Cuestionario para adolescentes.

Se desarrolló una encuesta (anexo 1) que incluya las características demográficas de los participantes adolescentes como nombre, fecha de nacimiento, edad, sexo, con quién reside, y dónde reside. Esto a fin de registrar datos que permitan identificar al estudiante como así también para luego en el proceso de análisis, poder caracterizar en grupos a los sujetos.

Escala de suicidabilidad de Okasha y colaboradores.

La escala de Okasha (anexo 2) (Okasha, Lotaif & Sadek, 1981) es un instrumento para evaluar la ideación suicida en la persona, tipo likert, autoaplicable y compuesta por cuatro ítems en la versión validada para Chile a aplicar (cinco en la versión original). Los tres primeros exploran ideación suicida de distinta intensidad y el cuarto consulta sobre intento suicida. Las respuestas a emitir son en relación a los últimos doce meses. En Chile se

encuentra validada para su uso en adolescentes luego del trabajo realizado por la Dra. Lilian Salvo (2009). En dicha validación se estableció que existe ideación suicida cuando se obtienen al menos cinco puntos en el instrumento de los doce posibles.

Se aplicó la adaptación de la escala de suicidabilidad de Okasha a alumnos de educación especial con las respectivas modificaciones, que entre otras a diferencia del protocolo habitual, fue con la heteroadministración del instrumento.

Entrevista semi estructurada.

Se desarrolló una entrevista de tipo semi estructurada (anexo 3) para los jueces expertos a fin de recabar datos primeramente que sustenten los criterios para ser considerados jueces. Posterior a ello se indagó aspectos relacionados a la confección del protocolo del instrumento de evaluación. Lo anterior permitió contar con información respecto a la aplicación del instrumento en población con discapacidad intelectual.

Focus group

Se dispuso realizar un focus group (anexo 5) en cada una de los establecimientos a llevar a cabo la investigación para recabar información que permitiese elaborar una visión exhaustiva de los requerimientos que se necesitan para confeccionar un protocolo que cumpla con las condiciones necesarias para su conformación. Ahora bien esto no fue viable ya que el tiempo para reunir a los docentes en un horario común requería que ellos dejaran otras actividades que tenían previamente contempladas y a la vez concordar en que estuviesen presente todos a la vez, lo cual no fue posible.

Cuestionario para jueces

Se aplicó un cuestionario (anexo 6) después de haber confeccionado el protocolo, a fin de realizar una evaluación de éste con los jueces expertos. Esto permitió continuar con el procedimiento, teniendo en consideración la aprobación de los jueces al nuevo protocolo para así poder llevar el instrumento a su aplicación con los alumnos.

Procedimientos

Se sostuvo una reunión con el director de cada uno de los seis establecimientos educacionales especiales que corresponden a las ciudades de Talca, Linares, Cauquenes, Parral y San Javier para plantear la investigación. Frente a la respuesta favorable que cada Director entregó, se dejó constancia de ello mediante el registro “Carta de consentimiento institucional” (ver anexo 9) y se propuso fecha para entrevistar a los jueces expertos que correspondían a los docentes y otros profesionales de las escuelas a fin de realizar la entrevista semi estructurada. Es de señalar que en el colegio de Parral luego que las gestiones y coordinaciones tendieron a aplazarse reiteradamente en cuanto a fechas de reunión, se decidió suspender la investigación en dicha ciudad. Paralelamente se coordinó con el sector de salud las fechas de entrevista con jueces expertos de dicha área.

Como segunda etapa, al siguiente mes se efectuaron las reuniones con jueces que desearon participar en el estudio tanto del sector de educación como el de salud. Se les presentó la escala Okasha (Anexo 2) original, y se les planteó una serie de consultas en relación a su modificación con el cuestionario “Entrevista semi estructurada con Juez Experto” (anexo 3). Todo su participación se constató mediante el “Consentimiento para juez experto” (anexo 4). Con lo anterior se obtuvieron los datos necesarios para evaluar la adaptación de la escala en base al insumo entregado en las entrevistas. A fin de realizar una mayor profundización de datos, inicialmente se propuso realizar un focus group (anexo 5) pero fue inviable ya que la

gran mayoría de los docentes se encontraban en labores con los alumnos o administrativas, por lo que se descartó. Posterior a ello en una tercera etapa se realizaron los análisis correspondientes para realizar la modificación de la escala Okasha, realizando la selección de ítems y ejecutando la validez de contenido.

En una cuarta etapa se presentó a los jueces el nuevo protocolo diseñado (anexo 10) junto con el cuestionario para jueces (anexo 6) a fin de verificar la satisfacción de dichos actores frente a la nueva adaptación de la escala. Al ser aprobado, se dejó disponible para su posterior aplicación en los alumnos posteriormente.

En quinta etapa, mediante los directores de establecimientos se envió a padres y apoderados el “Consentimiento Informado para padres/apoderados” (ver anexo 7) a sus domicilios para su eventual aprobación mediante firma. Luego de haber recibido al siguiente mes los consentimientos informados, se procedió a fijar fecha para evaluar a los alumnos.

La sexta etapa consistió en invitar a los adolescentes a confirmar su aceptación de participación con la firma de un asentamiento en el registro a entregar (ver anexo 8) y se establecieron datos de ellos para poder caracterizarlos posteriormente (anexo 1).

Posteriormente se aplicó la escala mediante una fase de test que fue ejecutada por el docente jefe de cada alumno, y horas posteriores de la jornada de clases se tomó el retest a cargo del investigador.

Finalmente como última etapa, las respuestas de los instrumentos aplicados fueron ingresadas a una base de datos (en Microsoft Excel) para realizar un posterior análisis de ellas en el programa estadístico SPSS. En base a ello se realizaron las observaciones para determinar la confiabilidad del instrumento y gracias a ello, fue posible elaborar las posteriores conclusiones del estudio.

Resultados

A continuación se expondrán los resultados de la adaptación de la escala Okasha para población adolescente de 15 a 26 años con discapacidad intelectual leve y moderada. Para ello se realizó una validez mediante el proceso de validez de contenido y luego un análisis de la confiabilidad. En ello además se expondrán los estadísticos que señalan los resultados de la aplicación del estudio en la muestra de adolescentes señalados.

Validez de contenido

Para la adaptación de la escala se realizó la selección de una muestra de jueces expertos para realizar validez de contenido que pudieran señalar los criterios necesarios para modificar la escala original de Okasha.

Para llevar a cabo la evaluación de contenido del instrumento se utilizó la metodología de Lynn (Carretero y Perez, 2005), que contempla la evaluación por parte de jueces expertos de cada ítem del instrumento a validar. Los jueces catalogan los ítems de acuerdo a su adecuación al constructo que se pretende medir utilizando como criterio de calidad de un ítem que al menos un 80% de los jueces expertos lo consideren como adecuado. Además de esto se utilizó el coeficiente de validez de contenido (CV) (Carretero y Perez, 2005), el cual dado el número de expertos debe ser superior a 0,7 para que el ítem sea considerado adecuado.

Para el presente informe se tomaron en consideración las opiniones de 45 jueces expertos, quienes evaluaron cada ítem del instrumento Okasha. Además de evaluar la adecuación, los expertos evaluaron la claridad verbal de cada ítem para que éste fuese totalmente comprensible para los destinatarios del test, que son participantes que en efecto tienen dificultades cognitivas y que por ende pudiera ser significativo el lenguaje que se utiliza para

su comprensión. Por último los expertos agregaron opiniones cualitativas sobre los distintos ítems, los que fueron utilizados para modificar algunos ítems de la escala.

Las tablas 4, 5 y 6 que se presentan a continuación muestran, además del contenido semántico del ítem, el CV y el índice de Lynn, que corresponde a la proporción de jueces que evaluaron el ítem como adecuado. En conjunto con esto se resumen las opiniones de los jueces respecto de la modalidad de respuesta.

Tabla 4

Estadísticos de validez de contenido CV y Lynn para Items 1 - 4

ITEM	CV	Lynn
1. ¿Has pensado alguna vez que la vida no vale la pena?	0,55	0,77
2. ¿Has deseado alguna vez estar muerto?	0,77	0,88
3. ¿Has pensado alguna vez terminar con tu vida?	0,91	0,95
4. ¿Has intentado suicidarte?	0,91	0,95

Se observa en la tabla 4 que solo el ítem 1 está por debajo de los criterios utilizados en este proyecto para delimitar un ítem de mala calidad. Respecto a este ítem, 10 jueces consideraron que no era apropiado por el nivel de abstracción intelectual que propone el concepto “vale la pena” y la opinión de ellos fue que la pregunta debía ser más concreta. En base por tanto al criterio estadístico se eliminó la pregunta que se basa en el argumento teórico señalado por los jueces.

Como se observa en la tabla 4 ninguno de los demás ítems evaluados está por debajo de los criterios utilizados en este proyecto para delimitar un ítem de mala calidad. Ahora bien sí se sugirieron algunos cambios como en el ítem número 2 donde hubo cinco jueces que sugirieron modificar la pregunta original por algunas similares como “¿te gustaría estar muerto?”, aludiendo a la simplicidad y cotidianidad que ocupan los alumnos en torno a la palabra “gustar” por sobre “desear”. Además un juez agregó en su argumento que discriminar entre las palabras “pensar” y “desear” ya era algo complejo a veces para la población general, y por ende sería más difícil aún para un alumno con discapacidad intelectual.

El ítem número 3 como se observa en la tabla 4, contó con un alto índice de CV como índice de Lynn, sin embargo dos jueces de todas formas hicieron un alcance, proponiendo en ello algo más simple como “¿has pensado que es mejor morir?”, en donde de esta forma se reduce la frase y se elimina el “alguna vez”.

El ítem número 4 también cuenta con un alto índice de CV e índice de Lynn, razón por la que se mantuvo aunque con una modificación sugerida por dos jueces en torno nuevamente a reducir la complejidad de la pregunta. Esto se condice con lo propuesto por otros jueces respecto a otros ámbitos de la escala en torno a hablar aspectos más básicos como la palabra suicidio y lo que significa. En ello la frase propuesta fue “¿has pensado quitarte la vida?”.

Respecto de la modalidad de respuesta fueron siete jueces los que consideraron que la modalidad presenta algunos problemas, debido fundamentalmente al uso de terminología para contestar, la cual podía simplificarse a respuestas más breves como “sí”, “no” y “a veces”. Por otra parte con el fin de explicar mejor las preguntas y evitar falta de comprensión, una jueza sugirió dar ejemplos a las preguntas que se dieran en el caso que el alumno no comprendiese el ítem, lo cual se agregó por tanto para las preguntas que implicaban mayor grado de raciocinio. Además se redujo de 4 a solo 3 opciones de respuesta, lo que se utiliza en escalas tipo Likert ya que deben ser impares. En la Tabla 5 se muestran los nuevos ítems.

Tabla 5

Nuevos ítems (5 al 8) de la escala

ITEM
5. ¿Piensas que la vida no sirve para nada?
6. ¿Piensas que es importante vivir?
7. ¿Te han dado ganas de hacerte una herida?
8. (Introducción con tres láminas de apoyo)

Respecto al ítem 5, luego que fue eliminada la primera pregunta de la escala original “¿has pensado que la vida no vale la pena?”, pese a que contaba con que gran cantidad de jueces sí estaba de acuerdo con ella, se buscó las propuestas a la modificación o reemplazo de dicho ítem. En ello de los 10 jueces que criticaron el ítem, hubo cinco jueces que propusieron

frasearla de una manera más concreta y entendible, siendo como alternativa al ítem original la pregunta “¿Has pensado que la vida no sirve para nada?” como la más entendible y similar.

En relación al ítem 6 y 7, surgen luego que siete jueces sugirieron la alternativa de agregar preguntas para completar la escala e indagar más en la temática suicida. Respecto al ítem 6 “¿Piensas que es importante vivir?” surge luego que cuatro jueces plantean la necesidad de indagar sobre el interés de vivir, teniéndolo como contrario al interés de morir. En ello resaltaron como importante el hecho de indagar de una forma menos directa que con las otras preguntas la ideación suicida.

El ítem 7 surge luego que una jueza propone indagar la existencia de intención de autoagresión mediante la pregunta “¿te han dado ganas de hacerte una herida?”. Dentro del marco teórico de lo que es el intento suicida, se considera la autoagresión no solo como un continuo con el intento suicida sino como una autoinflicción de daño que se diferencia con el intento suicida solo en la seriedad del daño (Kirchner y cols, 2011). En base a ello se considera pertinente la nueva pregunta y se propone para ser agregada previa nueva consulta a jueces.

El ítem 8 surge luego que cuatro jueces plantean la necesidad de una introducción para ayudar a comprender con mayor facilidad el tema de la muerte junto con el deseo de morir y además siete jueces plantean que el uso de dibujos o material audiovisual pudiera facilitar la asimilación de los conceptos para los alumnos. Es en ello por tanto que se incorpora una introducción que para hacer más comprensible los conceptos se apoya al finalizar el relato inicial con tres láminas de dibujos de personas a las cuales se les aprecia angustiadas, con pena y aflicción. En el relato que se les hace a los alumnos se les señala que las personas que no desean vivir y quieren morir se parecen a las personas que se observan en las láminas.

La introducción confeccionada quedó de la siguiente forma:

“Mientras estamos vivos hacemos cosas como jugar, estudiar, cantar, ir a clases, compartir con amigos, juntarnos con familiares, etc. Para eso es necesario estar vivo y tener ganas de vivir, o sea de hacer cosas en la vida. A veces hay personas que no tienen esas ganas de vivir y les gustaría dejar de vivir, morirse, así como dormir pero para siempre. Hay gente que le pasa y eso se llama no tener ganas de vivir. Mira estas tres láminas que contienen dibujos de personas que muestran por ejemplo que no siente ganas de vivir y desea morir” (se muestra a continuación las tres láminas de apoyo)

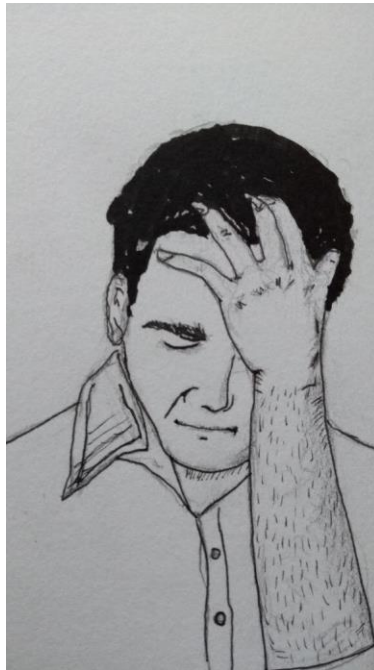
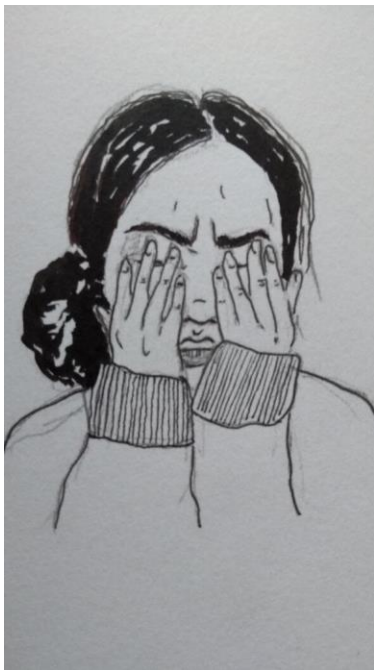


Tabla 6

Estadísticos de validez de contenido CV y Lynn para los ítems de la escala modificada

ITEM	CV	Lynn
1. ¿Piensas que la vida no sirve para nada?	1	1
2. ¿Te gustaría estar muerto?	1	1
3. ¿Has pensado que es mejor morir?	1	1
4. ¿Has pensado que es mejor quitarte la vida?	1	1
5. ¿Te han dado ganas de hacerte una herida?	1	1
6. ¿Piensas que es importante vivir?	1	1
7. Introducción con tres láminas de apoyo	1	1

Se hizo una nueva revisión de los ítems corregidos y agregados a un total de siete jueces expertos, estando estos siete en la anterior revisión del instrumento original, y en donde ellos refirieron la conformidad con la adaptación del nuevo instrumento en cuanto a los ítems señalados en la tabla 6. En ello es importante destacar que los jueces consideraron que los ítems eran completamente comprensibles para los alumnos tanto con discapacidad intelectual leve como moderada, por lo que podía aplicarse este formato de la misma forma a ambos tipos de alumnos. Finalmente el instrumento al contar ya con 7 ítems en donde tres son nuevos (contando la introducción con láminas de apoyo) sumado a uno que se confeccionó a raíz de una pregunta original que se había eliminado, se observa en la tabla

siguiente que ninguno de los ítems evaluados está por debajo de los criterios utilizados en este proyecto para delimitar un ítem de mala calidad. Por ende todos los ítems de este apartado se consideran válidos respecto de su contenido, tal como se muestra en la tabla 7. Por último una jueza sugirió que los ítems se ordenaran de manera ascendente desde lo más vital hacia la mayor intencionalidad suicida. La tabla 7 muestra como quedó finalmente el instrumento.

Tabla 7

Instrumento modificado con sus 3 categorías de respuesta donde se incluyen los ejemplos y la introducción

“Mientras estamos vivos hacemos cosas como jugar, estudiar, cantar, ir a clases, compartir con amigos, juntarnos con familiares, etc. Para eso es necesario estar vivo y tener ganas de vivir, o sea de hacer cosas en la vida. A veces hay personas que no tienen esas ganas de vivir y les gustaría dejar de vivir, morirse, así como dormir pero para siempre. Hay gente que le pasa y eso se llama no tener ganas de vivir. Mira estas tres láminas que contienen dibujos de personas que muestran por ejemplo que no siente ganas de vivir y desea morir”. (Mostrar las tres láminas de apoyo)



ITEM

Sí A veces No

(Ejemplos)

1. ¿Piensas que es importante vivir?

“Por ejemplo que es importante ir al colegio, compartir con la familia o jugar con amigos”

2. ¿Piensas que la vida no sirve para nada?

“Por ejemplo que no sirve ir al colegio, no sirve ir a trabajar, no sirve compartir con los amigos, etc”

3. ¿Has pensado que es mejor morir?

“Por ejemplo que sería mejor no despertarse, no estar en la vida o dormirse para siempre”

4. ¿Te han dado ganas de hacerte una herida?

5. ¿Te gustaría estar muerto?

6. ¿Has pensado quitarte la vida?

Confiabilidad

A continuación se presentan los resultados de la confiabilidad para lo cual se utilizaron los siguientes métodos: Alfa de Cronbach para evaluar la consistencia interna y luego para evaluar la confiabilidad en la dimensión de estabilidad se utilizó la metodología test retest, correlación de Pearson y prueba T de Student para muestras relacionadas.

Análisis de confiabilidad en la dimensión de consistencia interna

Para evaluar la confiabilidad en la dimensión de consistencia interna se utilizó Alfa de Cronbach como estadístico. En ambas mediciones el rango se encuentra sobre el .7, lo que señala que la consistencia interna no es óptima pero sí es buena. Se observa esto en tabla 8.

Tabla 8

Estadístico Alfa de Cronbach para test y retest

Medición	Alfa de Cronbach
Test (Medición 1)	,775
Retest (Medición 2)	,708

Se observa en la tabla 9 la comparación entre el alfa de Cronbach entre el test y el retest si es que el elemento se ha suprimido, en donde se observa que todos los ítems son confiables al presentar fiabilidad sobre 0,6 en todos los casos y especialmente en el test donde se presentan todos los indicadores sobre 0,7, lo cual, según diversos estudios (George y Mallery, 2003; Nunnally, 1978) representa al valor de fiabilidad mínimo aceptable. Es por ello que no se hace necesario quitar ningún ítem de la escala ya que no habría cambio significativo alguno.

Tabla 9

Estadístico Alfa de Cronbach si se suprime el elemento en test y retest para los 6 Ítems

Items	Alfa de Cronbach	Alfa de Cronbach
	Test si el elemento se ha suprimido	Retest si el elemento se ha suprimido
¿Piensas que es importante vivir?	,754	,734
¿Piensas que la vida no sirve para nada?	,773	,701
¿Has pensado que es mejor morir?	,717	,649
¿Te han dado ganas de hacerte una herida?	,764	,661
¿Te gustaría estar muerto?	,701	,607
¿Has pensado quitarte la vida?	,737	,632
Total	,775	,708

Análisis de confiabilidad en dimensión de estabilidad

Para evaluar la confiabilidad en la dimensión de estabilidad se utilizó una correlación de Pearson y una prueba T de Student para muestras relacionadas. En la Tabla 10 se puede observar la significancia arrojada, la cual es de un 0,016, lo que es menor al 0,05. En base a ello la variable es significativa.

Tabla 10

Estadístico Prueba T para test y retest

	Promedio	DS	T	Sig. (bilateral)
TEST	1,51	2,25		
Puntaje			-2.453	.016
RETEST	1,86	2,52		

Por otra parte se observa que la correlación entre los resultados de test y retest al aplicar una correlación de Pearson tiende a ser alta al contar con un 0,86. Esto quiere decir que estas variables se explican entre sí contando con una significancia de 0,000. Por lo anterior es que es posible señalar que el test es confiable en su dimensión de estabilidad.

En la Tabla 11 se muestra el porcentaje de respuesta por alternativa en cada uno de los ítems de la escala adaptada. De lo anterior el ítem 1 es la única pregunta en donde la respuesta “Sí” significa algo benéfico para el alumno (en este caso pensar que es importante vivir), mientras que todos los demás ítems la respuesta “sí” y “a veces” indican algún grado de tentativa suicida. Tomando esto en consideración, destaca que el ítem 3 (“¿Has pensado que es mejor morir?”) la respuesta “sí” junto a la respuesta “a veces” tienen un alto porcentaje sumados que equivale a un 22,6%, pero más complejo es aún el ítem 4 (“¿Te han dado ganas de hacerte una herida?”) ya que sumadas ambas opciones de respuesta entregan un 36,3%. Esto último quiere decir que aproximadamente uno de cada tres alumnos tiene alguna intención de realizarse una autoagresión.

Tabla 11

Porcentaje en el tipo de respuesta a ítems 1 al 6

	Ítem 1	Ítem 2	Ítem 3	Ítem 4	Ítem 5	Ítem 6
Si	93,8	6,3	8,8	18,8	6,3	12,5
A veces	2,5	12,5	13,8	17,5	1,3	3,8
No	3,8	81,3	77,5	63,7	93,5	83,8
Total	100	100	100	100	100	100

Especial consideración se hace en el ítem 6 (“¿Has pensado quitarte la vida?”) ya que este ítem considera no solo una ideación suicida sino también una ideación de intento suicida. En ella un 3,8% respondió con “a veces” y un 12,5% con un “sí”, lo que juntas sumadas equivalen a un 16,3%. Esto último equivale a que cerca de 1 de cada 6 de estos alumnos ha tenido ideación suicida e ideación de un acto suicida. En la tabla 12 se desglosa cómo fueron los participantes que lo han evaluado. En ello hay que señalar que la frecuencia aun cuando es más alta en los hombres, la situación también es preocupante en las mujeres debido a que en el estudio ellas fueron casi solo un tercio del total de encuestados.

Tabla 12

Desglose por sexo en cuanto a frecuencia y porcentaje de los alumnos que presentaron cualquier indicador de tentativa suicida en ítem 6

Ítem 6	N	N Hombres	% Hombres	N Mujeres	% Mujeres
Si	10	6	60,0	4	40,0
A veces	3	3	30,0	0	0,0
Total	13	9	100,0	4	100,0

Respecto a obtener al menos la mitad de la puntuación máxima de la escala, es decir al menos 6 de los 12 puntos posibles, se observa en la Tabla 13 que hay siete alumnos que se encuentran en dicho rango. Si ocupamos el estadístico de la media del puntaje total para señalar la existencia de ideación suicida, ya con seis puntos es posible señalar la presencia de esta variable. En base a lo anterior estos siete alumnos representan al 8,75% de los encuestados, y por ende es posible señalar que en promedio uno de cada 11 de estos alumnos presenta ideación suicida.

Tabla 13

Desglose por sexo en cuanto a frecuencia y porcentaje de los alumnos que presentaron ideación suicida teniendo un puntaje mínimo de 6 puntos en la evaluación

Sexo	N alumnos que presentaron al menos seis puntos	N total del sexo encuestado	% del sexo encuestado	Discapacidad	
				Leve	Moderada
Hombres	4	53	7,54%	2	2
Mujeres	3	27	11,1%	2	1
Total	7	80	8,75	4	3

En lo que respecta al análisis por colegio y ciudad respecto a obtener alguna puntuación en el test, se observa según la tabla 14 que en las ciudades demográficamente más pequeñas (San Javier y Cauquenes) el porcentaje de puntuaciones es menor que en ciudad más grandes como lo son Talca y Linares.

Tabla 14

Desglose por escuela y ciudad en cuando a frecuencia y porcentaje de alumnos que presentaron cualquier indicador de tentativa suicida en el test

Escuela	Ciudad	N	Total de encuestados en la escuela	% respecto a encuestados en la escuela
San Javier	San Javier	5	13	38,4%
Horizonte	Cauquenes	11	24	45,8%
España	Talca	6	12	50,0%
Iberia	Talca	14	23	60,8%
Linares	Linares	5	8	62,5%

Por otra parte es de mencionar que aun cuando hubo algunos alumnos que tuvieron puntuaciones bajas en la escala, el total de ellos que tuvo aunque fuese un punto en la evaluación alcanzó a 37 personas de las 80 evaluadas, es decir un 46,25%. Lo anterior no significa que actualmente los 37 alumnos presenten ideación suicida, pero sí es para tener en consideración teniendo en cuenta que es una variable que debido a situaciones personales o ambientales, puede incrementar su intensidad o que por otra parte pudiesen estar presentando otro tipo de psicopatología.

Tabla 15

Frecuencia y porcentaje por sexo en cuanto a haber obtenido puntaje igual o mayor a uno en la evaluación

	Frecuencia	%	% respecto al total de los evaluados
Hombres	24	64,9	30,0
Mujeres	13	35,1	16,25
Total	37	100,0	46,25

Conclusiones

1. Se confeccionó un protocolo para la aplicación de la escala Okasha adaptada para población adolescente con discapacidad intelectual leve y moderada entre 15 a 26 años, el cual cuenta con un formato estándar para ambos tipos de discapacidades nombradas y no de forma diferenciada. Esto a raíz de las observaciones de los jueces expertos, quienes consideraron que el instrumento finalmente cumplía principalmente con ítems que eran comprensibles para ambos tipos de alumnos. En ello para facilitar este objetivo no solamente se realizaron modificaciones en cuanto al lenguaje sino también se incorporó una introducción al tema y luego el uso de material ilustrativo de imágenes que facilitarían el instrumento para este perfil de alumnos.
2. El instrumento es considerado adecuado en cuanto a su validez de contenido debido a presentar indicadores que solventan criterios en cada uno de sus ítems de acuerdo a la metodología de Lynn y del Coeficiente de validez de contenido (80% y 0,7 respectivamente). Lo anterior fue probado tanto para la confección del instrumento como luego para evaluar la satisfacción de los jueces expertos en cuanto al instrumento adaptado. En esto por tanto se resume que el instrumento presenta validez.
3. El instrumento en la adaptación al contar con un Alfa de Cronbach mayor a .7 (siendo específicamente de .775) es posible señalar que presenta confiabilidad en su consistencia interna, la cual no es óptima pero sí alcanza a ser buena (Carretero y Perez, 2005). Citando otros autores en el mismo texto, es un valor que al encontrarse entre 0.7 y 0.8 es un valor de fiabilidad para la investigación básica.

4. El instrumento presenta una alta correlación de Pearson (0.868) entre lo que es el Test y el Retest, lo que finalmente da cuenta que los resultados son consistentes entre una edición y otra. Esto quiere decir que el instrumento cuenta con confiabilidad en su dimensión de estabilidad.

5. Las conclusiones de los resultados evidencian que los alumnos con discapacidad intelectual presentan ideación suicida, estimándose en base al criterio estadístico de la media del máximo posible de puntaje, que cerca de un 9% de ellos la presenta. En ello los alumnos que la padecen son tanto hombres como mujeres y son aquellos que presentan discapacidad intelectual leve como moderada.

6. En relación a toda forma de tentativas suicidas como la autolesión o la intencionalidad de suicidio, se observa que un importante grupo de alumnos presentó dichas variables llegando a un porcentaje cercano al 37%. Esto pone de manifiesto que independiente que hayan alcanzado o no un puntaje alto en el total de la escala, también pasan a ser parte de un grupo de riesgo debido a que la autolesión es considerada como un continuo hacia el suicidio.

7. Resaltan variables demográficas que se observaron en el estudio como lo fue que pese a lo pequeño de la muestra y por ende las conclusiones que se pueden realizar, las mujeres presentan mayor proporción de ideación suicida; los participantes de ciudades de mayor cantidad de habitantes (Talca y Linares) presentaban mayor ideación suicida; y los alumnos con discapacidad moderada en proporción (no en frecuencia) presentaron mayor porcentaje de ideación suicida.

Discusión

La realización de esta investigación trajo controversia incluso en una parte de los docentes de escuela especial que pasaron a ser jueces expertos posteriormente. Algunos hipotetizaban que era poco viable que los alumnos con discapacidad intelectual pudieran presentar ideación suicida o incluso pensar simplemente en la temática de la muerte. Sin embargo para dichos docentes fue sorprendente cuando observaron los puntajes que arrojaron algunos alumnos e informaron al investigador esto como algo totalmente inesperado. Esta experiencia ilustra que incluso para personas que se vinculan a diario con alumnos con discapacidad intelectual, la temática de la idea de muerte autoprovocada (con sus respectivas fases previas) no era algo ajeno a este tipo de personas, sino que podía ser algo factible. Esta experiencia sumada a la referida por directores de las escuelas especiales que cuando se sostuvo la reunión inicial para plantear la investigación refirieron tener conocimiento de intentos suicidas (e incluso suicidios consumados) de alumnos o ex alumnos, avala lo señalado en los escasos estudios que hay entre suicidio y discapacidad intelectual (Lunsky, Raina y Burge, 2012) respecto a que esta población también presenta suicidio. Por ende para el estudio y la prevención del suicidio se hace necesario investigar también esta población.

En base a lo anterior, contar con instrumentos adaptados para población con discapacidad intelectual pudiera ser beneficioso para lograr la evaluación de este tipo de personas. Un insumo como este podría ser útil para dicho propósito, en especial para escuelas especiales. Para ello se hace necesario futuros estudios o procedimientos para estandarizar la escala a fin que fuese apta para la realidad nacional y con ello ser parte del instrumental con que puedan contar las mencionadas escuelas.

Al constatarse que la escala era comprensible para los alumnos a quienes se le destinó, que eran adolescentes con discapacidad intelectual leve y moderada en nivel superior, pudiera ser

factible evaluar que se ampliase el rango de las personas que se miden en esta escala a fin que se pudieran incluir por ejemplo a quienes presentan discapacidad intelectual moderada de 45 puntos en la evaluación intelectual o de menor puntaje (y que no corresponden por tanto a discapacidad intelectual moderada de límite superior). Lo anterior permitiría incluir a mayor cantidad de alumnos en este tipo de mediciones.

Futuros estudios pudieran ser direccionados en torno a caracterizar la ideación suicida en población con discapacidad intelectual. Investigar a qué se asocian habitualmente dichas ideaciones suicidas posibilitaría tener en conocimiento cuáles pudieran ser las motivaciones de esta población para evaluar la opción de quitarse la vida. Ello generaría un insumo que estando disponible pudiera ser aprovechado por las instancias pertinentes (familia, escuela, red de salud y otros) para trabajar en red sobre ello a fin de realizar una prevención del suicidio.

Toda la problemática relacionada a la ideación suicida y al suicidio como tal puede tener estrecha relación con otras situaciones de la salud mental que afectan a las personas en general y también por ende a las personas con discapacidad intelectual (Walters, Barrett, Knapp y Borden, 1995). Por ende futuras investigaciones pudieran profundizar correlaciones entre patologías específicas de salud mental con respecto a discapacidad intelectual.

Este instrumento luego de ser revisado por académicos y especialistas al finalizar la investigación, sugirieron modificaciones para perfilar de mejor forma el instrumento. En ello el poder reducir el enunciado de introducción que se le realiza al alumno al aplicar la escala debido a ser muy extenso. Además se cuestionó la pertinencia del ítem 4 relacionado a la autolesión (“¿Te han dado ganas de hacerte una herida?”) debido a que el “cutting” se asocia según otros autores a una conducta fuera del espectro suicida. Por lo mismo en caso de utilizarse este instrumento en instancias futuras, sería conveniente realizar dichas mejoras.

La duración de la investigación duró cerca de tres años desde que se inició en marzo de 2015 cuando se origina el planteamiento de problema, cursando luego septiembre de 2017 cuando se realiza la aplicación del instrumento modificado, y finalmente es en 2018 cuando se realizan las evaluaciones académicas y retroalimentación. Durante lo extenso de ese periodo, el fenómeno en estudio tiene la posibilidad de haber cambiado o de perder actualización en cuanto a la información científica sobre el suicidio. Por ende el estudio cuenta con este sesgo a la hora de considerarse para su futura revisión.

En cuanto a la posibilidad de evaluar la aplicación del instrumento en otras zonas del país, es necesario determinar si este cuenta con las condiciones para ello como lo son el lenguaje utilizado y las formas de presentación. Esto debido a que el instrumento se realizó en la región de más alta ruralidad de Chile y mayormente en ciudades pequeñas (cercas o menores a 100.000 habitantes). Por lo mismo pudiera verse afectado para ser aplicado en regiones de mayor demografía, diferente avance tecnológico y de alta urbanidad.

Bibliografía

- Abramson LY, Metalsky GI y Alloy LB (1989). Hopeless theory of depression: A theory based subtype of depression. *Psychological Review*, 96, 358-372. doi: 10.1037/0033-295X
- Baader, T., Behne, P., Molina, J., Gacitúa, L., Yáñez, L., Urra, E. & Millán, R. (2010). ¿Está cambiando la prevalencia de los suicidios y sus características en la población Chilena?. Análisis de las tasas de suicidios y sus características sociodemográficas, ocurridas en la provincia de Valdivia, actual Región de los Ríos, entre los años 1996 a 2008. *Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría* 2011; 49 (3): 273-282.
- Beck, A. T., Steer, R. A., Beck, J. S. & Newman, C. F. (1993). Hopelessness, depression, suicidal ideation, and clinical diagnosis of depression. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 23, 139-145. doi:10.1111/j.1943-278X.1993.tb00378.x
- Bertolote JM, Fleishman A. A global perspective in the epidemiology of suicide. *Suicidology* 2002;7:6-8.
- Bertolote, J. M., & Fleischmann, A. (2002). Suicide and psychiatric diagnosis: A worldwide perspective. *World Psychiatry*, 1(3), 181-185
- Blos, P. (1981). *La Transición Adolescente*. Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- Bustamante V, Francisco, & Florenzano U, Ramón. (2013). Programas de prevención del suicidio adolescente en establecimientos escolares: una revisión de la literatura. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 51(2), 126-136. Recuperado en 11 de septiembre de 2015, de http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-92272013000200006&lng=es&tlng=es. 10.4067/S0717-92272013000200006.

- Carrasco, P., Rubio, M., & Fuentes, D. (2012). Consentimiento Informado: un pilar de la Investigación Clínica. *Revista Aquichan*, 12 (1), 32-41.
- Carretero, H. & Pérez, C. (2005). Normas para el desarrollo y revisión de estudios instrumentales. *International Journal of Clinical and Health Psychology*. 2005, Vol 5, N° 3, pp. 521-551.
- Carvajal, G. (1993). *Adolecer: La aventura de una metamorfosis*. Madrid: Editorial Tiresias.
- Chávez-Hernández & Leenaars, (2010). *Revista Salud mental*, vol. 33, N° 4, julio-agosto 2010.
- Cordón, J., Olivier, P., García, M. & Walliser, J. (2014). Diseño y validación de una prueba de selección para controladores de tráfico marítimo basada en la medida de la conciencia situacional. *Journal of Work and Organizational Psychology*, 2014, Vol 30, 83-93.
- Echavarry, O., Morales, S., Bedregal, P., Barros, J., Maino, M., Fishman, R., Peñaloza, F. & Moya, C. (2015). ¿Por qué no me suicidaría? Comparación entre pacientes hospitalizados en un servicio de psiquiatría con distinta conducta suicida. *Revista Psykhe*, 2015, Vol. 24, 1, 1-11.
- Florenzano, R., Valdés, M., Cáceres, E., Santander, S., Aspillaga, C. & Musalem, C. (2011). Relación entre ideación suicida y estilos parentales en un grupo de adolescentes Chilenos. *Revista Médica de Chile*, 1529-1533.
- Goodwin, R., Beautrais, A. & Fergusson, D. (2004). Familiar transmission of suicidal ideation and suicide attempts: evidence from a general population sample. *Psychiatry Research*, 26(2), 159-165.
- Guzmán CA, Martínez A, Arancibia S, Molina V, Meseguer ML. Aprendizajes para las políticas e intervenciones sociales de discapacidad mental. El caso del Servicio de

- Capacitación Cecap, Toledo, España. *Rev. Gerenc. Polít. Salud.* 2014; 13(27): 96-127. <http://dx.doi.org/10.11144/Javeriana.rgyps13-27.apis>
- Hassiotis, A., Tazarella, M., Bebbington, P., Cooper, C., 2011. Prevalence and predictors of suicidal behaviour in a sample of adults with estimated borderline intellectual functioning: results from a population survey. *Journal of Affective Disorders* 129, 380–384.
- Hawton K, Rodham K, Evans E, Weatherall R: Deliberate self harm in adolescents: self report survey in schools in England. *BMJ* 2002, 325:1207–1211.
- Hepp U, Stulz N, Unger-Köppel J, Ajdacic-Gross V. Methods of suicide used by children and adolescents. *Eur Child Adolesc Psychiatry.* 2012;21(2):67-73
- Instituto Nacional de Salud Pública de Mexico, vol 54, N° 4, julio-agosto 2012.
- Kaminer, Y., Feinstein, C. & Barret, R. P. (1987). Suicidal behavior in mentally retarded adolescents; An overlooked problema. *Child Psychiatry and Human Development*, 18, 82-86.
- Kichner T, Ferrer L, Forns M, Zanini D. Conducta autolesiva e ideación suicida en estudiantes de enseñanza secundaria obligatoria. Diferencias de género y relación con estrategias de afrontamiento. *Actas especiales de psiquiatría* 2011; 39 (4):226-35
- Lecrubier Y. The influence of comorbidity on the prevalence of suicidal behaviour. *Eur Psychiatry* 2001; 16: 395-399
- Lunsky, Y. (2004) Suicidality in a clinical and community sample of adults with mental retardation. *Res. Dev. Disabil.* 25, 231-243
- Lunsky, Y., Raina, P. & Burge, P.(2012). Suicidality among adults with intellectual disability. *Journal of Affective Disorders* 140 (2012) 292-295
- Mardomingo MJ. *Psiquiatría del niño y del adolescente*. Madrid: Díaz de Santos, 1994.

- Merrick, J., Merrick, E., Lunskey, Y. & Kandel, I. (2005). Suicide behavior in persons with intellectual disability. *The Scientific World Journal* (2005) 5, 729-735.
- Michel K, Ballinari P, Bille-Brahe U, et al. Methods used for parasuicide: Results of the WHO/EURO Multicentre Study on Parasuicide. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2000;35(4):156-163. [[http:// dx.doi.org/10.1007/s001270050198](http://dx.doi.org/10.1007/s001270050198)]
- Ministerio de Planificación de Chile, Fondo Nacional de la Discapacidad (2006). *Discapacidad en Chile*.
- Ministerio de Salud de Chile (2011). *Estrategia Nacional de Salud para el cumplimiento de los objetivos sanitarios de la década 2011-2020*. Santiago, Chile.
- Ministerio de Salud de Chile. Guía Clínica Tratamiento de Personas con depresión. Santiago de Chile: Ministerio de Salud; 2009.
- Ministerio de Salud de Chile (2012). Orientaciones técnicas para la implementación de un programa nacional para la prevención del suicidio
- Ministerio de Salud. Orientaciones técnicas para el control de salud integral de adolescentes “Control Joven Sano”. Ministerio de Salud, 2014.
- Ministerio de Salud. Programa Nacional de Prevención del Suicidio. Ministerio de Salud; 2007.
- Ministerio de salud de Chile. Situación actual del suicidio adolescente en Chile, con perspectiva de género. 2013
- Moyano Díaz, Emilio; Barría, Rodolfo. (2006). Suicidio y producto interno bruto (PIB) en Chile: hacia un modelo predictivo. *Revista Latinoamericana de Psicología*, Sin mes, 343-359.
- Muñoz, Y., Poblete, Y. & Jiménez, A. (2012). Calidad de vida familiar y bienestar subjetivo en jóvenes con discapacidad intelectual de un establecimiento con educación

- especial y laboral de la ciudad de Talca. Revista interdisciplinaria, 2012, 29, 2, 207-221.
- Naut-Bravo S, Urizarna S, Verdugo M. Contexto social de la discapacidad. En: Diez E, Caparrós N, Britt G, coordinadoras. Atención social de personas con discapacidad: hacia un enfoque de derechos humanos. Argentina; 2012.
- Okasha, Okasha A, Lotaif F, Sadek A. Prevalence of suicidal feelings in a sample of non-consulting medical students. Acta Psychiatr Scand 1981; 63: 409-15.
- Organización de las Naciones Unidas. Convención sobre los derechos de las personas con Discapacidad; 2006.
- Organización Panamericana de la Salud. (2002). Informe mundial sobre violencia y la salud: resumen. Whashington, DC: OMS/OPS.
- Organización Mundial de la Salud (2009) SUPRE (suicide prevention). En:
<http://www.who.int/topics/suicide/es/>
- Organización Mundial de la Salud. (2010). Guía de intervención mh GAP para los trastornos mentales, neurológicos y por uso de sustancias en el nivel de atención de la salud no especializada. Panamá: Ediciones de la OMS.
- Organización Panamericana de la Salud (1995). *Salud del Adolescente*. OPM/OMS. Washington.
- Organización Panamericana de la Salud, Oficina Regional para las Américas de la Organización Mundial de la Salud; 2002. Informe mundial sobre la violencia y la salud: resumen. Washington, D.C.: (acceso 24 de enero de 2012). Disponible en:
http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/en/summary_es.pdf
- Otero, A. (1959). “La escala de madurez social de Vineland, adaptación Chilena”. Primeros ensayos de aplicación. Universidad de Chile, Santiago. Chile

- Sánchez D, Muela J, García A. (2013). Variables psicológicas asociadas a la ideación suicida en estudiantes. *International Journal of Psychological Therapy*, 2014, 14, 2, 277-290
- Patja, K., Iivanainen, M., Raitasuo, S., Lonqvist, J., 2001. Suicide mortality in mental retardation: a 35-year follow-up study. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 103, 307–311.
- Peña-Galbán, L., Casa Rodríguez, L., Padilla De La Cruz, M., Gómez Arencibia, T. & Gallardo Álvarez, M. (2002). Comportamiento del intento suicida en un grupo de adolescentes y jóvenes. *Rev cubana Milit*, 31(3),182-187
- Rodríguez C, Caño A. Autoestima en la adolescencia: Análisis y estrategias de intervención. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 12, 3, 389-403
2012 Printed in Spain. All rights reserved.
- Rodríguez, M., Rincón, H., Velasco, M., Hernández, C., Ramos, M. & González J. (2011). Prevalencia de trastornos mentales en una población que demanda servicios de salud en una IPS de baja complejidad y su asociación con la ideación suicida y la discapacidad percibida. *Revista Facultad Nacional de salud pública*, Vol. 30, N.º 2, mayo-agosto, 2012.
- Rush, K.S., Bowman, L.G., Eidman, S.L., Toole, L.M., and Mortenson, B.P. (2004) Assessing psychopathology in individuals with developmental disabilities. *Behav. Modif.* 28(5), 621-637.
- Salvo, L., Melipillán, R. & Castro, A. (2009). Confiabilidad, validez y punto de cohorte para escala de screening de suicidalidad en adolescentes [Reliability, validity and cutoff point for scale screening of suicidality in adolescents]. *Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría* 2009; 47 (1): 16-23.

- Tsirigotis K, G. W. (2011). Gender differentiation in methods of suicide attempts. *Med Sci Monit*, 17(8):PH65-70
- Urzua, A., & Caqueo-Urizar, A. (2009). Construcción y evaluación psicométrica de una escala para pesquisar factores vinculados al comportamiento suicida en adolescentes chilenos. *Universita Psychologica*, Vol 10, N° 3, septiembre-diciembre 2011.
- Ventura-Juncá, R., Carvajal, C., Undurraga, S., Vicuña, P., Egaña, J. & Garib M. (2010). Prevalencia de ideación e intento suicida en adolescentes de la región metropolitana de Santiago de Chile. *Revista Médica de Chile*. 2010; 138 (3) 309-315.
- Verdugo M.A., Schalock R. Últimos avances en el enfoque y concepción de las personas con discapacidad intelectual. *Siglo Cero* 2010, 41(4): 7-21.
- Vicuña, Alberto; Sepúlveda Rafael (2003). "Elementos para el manejo de la Conducta Suicida en la Atención Primaria de Salud". Cuadernos de Psiquiatría Comunitaria y Salud Mental para la Atención Primaria de Salud. Universidad de Santiago de Chile Facultad de Ciencias Médicas, Escuela de Medicina, Internado Optativo de Psiquiatría.
- Walters, A., Barrett, R., Knapp, L. & Borden, C. (1995). Suicidal behavior in Children and adolescents with mental retardation. *Research in developmental disabilities*. Vol 16, N° 2. pp 85-96.
- Zondek, A., Zepeda, M., González, F. & Recabarren, E. (2006). Discapacidad en Chile: Pasos hacia un modelo integral de funcionamiento humano [Disabilities in Chile: Steps towards a comprehensive model of human functioning]. Santiago: Maval.

Anexos

Anexo 1. Cuestionario Adolescentes

Nombre: _____

Sexo: () Masculino () Femenino Edad: _____ años

día mes año

Fecha de nacimiento

--	--	--	--	--	--

Fecha de hoy

--	--	--	--	--	--

Colegio: _____ Curso: _____

1. ¿Con quién de tus padres vives? (Marca con una "X" la alternativa que corresponda)

(1) Con ambos padres (6) Con mi madre y su nueva pareja

(2) Solo con mi madre (7) En hogar de menores

(3) Solo con mi padre (8) No vivo con mis padres

(4) Con mi padre y su nueva pareja

2. ¿Dónde vives?

(1) En esta ciudad

(2) En zona rural de esta ciudad

(3) Fuera de esta ciudad

Anexo 2. Escala Okasha

Nombre: _____

Colegio: _____ Fecha : _____

Profesional que asiste al alumno: _____

	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Muchas veces
¿Has pensado alguna vez que la vida no vale la pena?				
¿Has deseado alguna vez estar muerto?				
¿Has pensado alguna vez terminar con tu vida?				

	Ningún intento	1 intento	2 intentos	3 o más intentos
¿Has intentado alguna vez terminar con tu vida?				

Anexo 3. Entrevista semi estructurada para jueces expertos

Nombre : _____

Profesión: _____

Estudios : _____ (Grado, Post título, Post Grado)

Fecha de hoy

--	--	--	--	--	--	--	--

Colegio: _____ Curso: _____

1. Años de ejercicio laboral en su profesión : _____
2. Actualmente pertenece a escuela especial : _____ (Sí / No)
3. Años que ha pertenecido a escuela especial : _____ (Sólo años)
4. ¿Qué especialización tiene en el área de discapacidad intelectual, dificultades de aprendizaje, infancia, adolescencia o juventud? **___Curso ___Diplomado ___Post título ___Post Grado**
5. Cantidad de cursos o jornadas en el sistema educacional público en las que ha participado (ya sea como asistente u oferente): _____

6. En caso que haya pertenecido a una escuela especial y ya no se encuentre en ella, ¿cuándo fue el último año en que ejerció su profesión en una escuela especial?
- _____
7. ¿Qué opiniones puede realizar a la escala de suicidabilidad de Okasha a fin de ser aplicado en adolescentes con discapacidad intelectual?
- _____
- _____
- _____
8. ¿Considera que se puede aplicar la escala de suicidabilidad de Okasha de la misma forma en adolescentes con discapacidad intelectual leve que en alumnos con discapacidad moderada? (SÍ/No) ____
9. En base a la pregunta anterior si respondió que “no”, ¿Qué cambios sugeriría realizar?
- _____
- _____
- _____
10. Luego de estos cambios, ¿cree que el instrumento se encuentra apto para su posterior aplicación? ¿Por qué?
- _____
- _____

Firma del profesional experto

Anexo 4. Consentimiento Juez Experto



CONSENTIMIENTO DEL JUEZ EXPERTO

Yo, _____ de
profesión _____ y miembro de Liceo/Escuela
_____, señalo que para el presente estudio
titulado “Adaptación de escala que evalúa ideación suicida en alumnos adolescentes de
educación especial”, declaro estar de acuerdo y dar mi consentimiento para mi participación
en la investigación a cargo del Sr. Fernando Gabriel Cortés Fritz, alumno de Magíster de la
Universidad del Desarrollo.

Declaro estar en conocimiento que la institución que represento fue invitada a formar
parte del presente estudio debido a que formamos parte de una comunidad educativa que
involucra la formación de alumnos adolescentes y que para ello mantenemos relación con
ellos y contacto con sus padres o apoderados.

Estoy en conocimiento de forma detallada del procedimiento en el cual participarán
los alumnos, los apoderados y yo como juez experto. Así también señalo tener conocimiento
del uso confidencial que se tendrá de los datos obtenidos. Por otra parte declaro que la
información recabada de este estudio, será de acceso libre para el investigador y para la
institución a la cual pertenezco.

En caso de tener cualquier pregunta respecto a mi participación, es posible
contactarme con el Sr. Fernando Gabriel Cortés al teléfono 9-84355661 o al comité de ética

de la Universidad del Desarrollo al teléfono (02) 232 794 43 (Dirección de investigación Universidad del Desarrollo, Santiago).

FERNANDO GABRIEL CORTES

Nombre:

Estudiante de Magíster

Profesión:

UNIVERSIDAD DEL DESARROLLO

Escuela o liceo:

Anexo 5. Focus Group

Instrucciones: Usted ha sido invitado a participar en este focus group en calidad de juez experto para reunir su valioso criterio en la investigación llamada “Adaptación de escala que mide ideación suicida en alumnos adolescentes de educación especial”, la cual tiene por objetivo adaptar la escala de Okasha a adolescentes con discapacidad intelectual. La escala original mide conductas suicidas en las personas, siendo principalmente una de ellas la ideación suicida. El público objetivo de este estudio en que se desea lograr la adaptación de la escala son alumnos adolescentes de escuela especial de las ciudades de Talca, Cauquenes, San Javier, Linares y Parral que presenten discapacidad intelectual leve y moderada de 15 a 26 años de edad. Por tanto la discusión que resulte de este focus group permitirá generar datos que sirvan como insumo para la confección de un protocolo que permita evaluar ideación suicida en el tipo de alumnos que se ha mencionado. A continuación se realizarán cinco preguntas a discutir por el equipo que conforma este grupo, invitando a usted a compartir su visión profesional al respecto. Es de mencionar que en todo momento habrá un moderador, quien será el encargado de esta investigación y estará presto a recepcionar la información junto con conducir este espacio de discusión. Es de señalar que se estará grabando toda la discusión en un formato de audio a fin de realizar los análisis correspondientes posteriores a este focus group. Por último se señala que la información que se logre en esta instancia, estará bajo confidencialidad del investigador, y que su uso se reservará a esta investigación. El material que se concluya puede ser utilizado en instancias académicas del investigador, sin individualizar en particular a ninguno de los participantes de este focus group. Ante cualquier duda, usted puede contactarlo al teléfono 84355661, al correo fernandocortesfritz@gmail.com, o también al contactar al comité de ética de la Universidad del Desarrollo al teléfono (02) 232 794 43 (Dirección de investigación Universidad del Desarrollo, Santiago). A continuación procederemos a responder las cinco

interrogantes de este focus group, para lo cual se cuentan con 90 minutos, y para ello primeramente se le entregará en papel una versión original de la escala Okasha que se aplica en nuestro país.

1. ¿Considera que esta escala se puede aplicar en alumnos adolescentes con discapacidad intelectual leve y moderada de 15 a 26 años de edad?
2. ¿Considera necesario realizar cambios en el instrumento o en su aplicación para el grupo de alumnos con discapacidad intelectual leve que con aquellos que tienen una de tipo moderado?
3. ¿Qué elementos deben tenerse en consideración para comprender de mejor forma las respuestas de los alumnos?
4. ¿Qué dificultades encuentra usted que podrían existir a la hora de aplicar el protocolo?
5. ¿Qué condiciones deberían existir para que se pudiera aplicar el protocolo que se encuentra actualmente en diseño?

Anexo 6. Cuestionario para jueces

Nombre : _____

Profesión : _____

Estudios : _____ (Grado, Post título, Post Grado)

Fecha de hoy

--	--

--	--

--	--	--	--

Colegio: _____ Curso: _____

1. Luego de haber revisado el nuevo protocolo, diseñado posterior a los procedimientos anteriores de entrevista semi estructurada y focus group, ¿Lo considera adecuado?
2. ¿Considera que en este protocolo se encuentran incluidas las consideraciones realizadas por usted?
3. ¿Hay algo que usted agregaría, sustituiría o eliminaría de este actual protocolo?
4. ¿Considera que el actual protocolo se encuentra apto para ser aplicado en los alumnos?

Anexo 7. Consentimiento informado para padres



Consentimiento Informado

(Padre/Madre o apoderado que cumple el rol)

Estudio “Adaptación de escala que evalúa ideación suicida en alumnos adolescentes de educación especial”

Fernando Gabriel Cortés, Estudiante Magister, Universidad del Desarrollo

Junto con saludar, señalo que usted y su hijo/alumno han sido invitados a participar en este estudio, el cual tiene por objetivo comparar pensamientos y conductas en torno al suicidio entre adolescentes de tres establecimientos a fin de observar si presentan indicadores de conductas suicidas. Lo anterior permitiría adaptar un test sobre conductas suicidas en Chile en alumnos adolescentes que presentan discapacidad intelectual.

Si usted desea participar en este estudio, y a la vez su hijo también, deberán contestar un cuestionario. Usted en tal caso contestaría datos para conocer sobre usted y su familia. Para los adolescentes lo que deberán contestar son dos cuestionarios, donde uno corresponde a datos personales y el otro a una escala para evaluar el grado de ideación suicida.

La participación en este estudio es voluntaria, es decir, usted puede decidir participar o no. Por otra parte, la decisión que usted tome no afectara su relación con el colegio de su hijo/alumno ni en este momento ni a futuro. En caso que decida participar y en el transcurso

del estudio cambia de opinión, tendrá la libertad de retirarse de este estudio en cualquier momento sin dar argumentos y sin que esto afecte la relación con el establecimiento.

En general la participación en esta investigación, tanto para usted como para su hijo/alumno no conlleva riesgos sino que por el contrario, los estudios científicos señalan como favorable el tener conocimiento sobre la ideación suicida en las personas a modo de prevenir o intervenir en ellas.

La información que se obtenga de los cuestionarios será manejada confidencialmente por el investigador, y ninguna información personal será revelada a personas ajenas al estudio (entre ellos por ejemplo, el colegio). Solo se le informará a usted si su hijo/alumno presenta indicadores que puedan tener importancia directa para la salud mental de acuerdo a lo que arroje el estudio.

La información obtenida en el estudio formará parte de presentaciones en reuniones y podría ser usado en nuevos estudios, específicamente en proyecto de tesis de la Universidad del Desarrollo. En dichas instancias la información será presentada de forma que se resguarde la confidencialidad. No se nombrarán de manera particular a los alumnos que participen del estudio.

En caso que usted necesite mayor información sobre el estudio puede tomar contacto con el investigador sr. Fernando Gabriel Cortés Fritz al teléfono 9-84355661 o al correo electrónico fernandocortesfritz@gmail.com. De la misma forma podrá contactar al Comité de ética de la Universidad del Desarrollo al teléfono (02) 232 794 43 (Dirección de investigación Universidad del Desarrollo, Santiago).

Dejo constancia que he leído la información mencionada en la página previa. He tenido la posibilidad de hacer consultas, las que fueron respondidas de manera satisfactoria

para mí. He firmado dos copias de este documento, donde una de ellas queda en poder del investigador, mientras que la otra la conservo en mi poder.

Acepto participar en este estudio y autorizo a mi hijo/alumno a responder los cuestionarios.

_____ /_____/_____
Nombre del padre/madre o apoderado Firma Fecha

_____ /_____/_____
Nombre de quien recibe el documento Firma Fecha

Le solicitamos que responda la siguiente información, la cual será manejada con reserva y resguardada en un lugar seguro por el investigador a cargo del estudio. Dicha información permitirá al investigador contactarle a usted.

Padre/Madre o apoderado responsable:

Apellido	Apellido	Nombres
Domicilio		Teléfonos

Favor registrar teléfono/s y domicilio. Esta información será usada **en caso que sea necesario establecer contacto directo** con Ud.

Hijo/a o alumno:

Apellido	Apellido	Nombres
RUT	Nombre Colegio	Curso

Anexo 8. Acta de asentimiento informado**ACTA DE ASENTIMIENTO INFORMADO****Alumnos****Estudio “Adaptación de escala que evalúa ideación suicida en alumnos adolescentes de educación especial”**

Fernando Gabriel Cortés, Estudiante Magister, Universidad del Desarrollo

Junto con saludar, informo que has sido escogido para participar en este estudio, el cual tiene por objetivo evaluar pensamientos en torno al suicidio entre adolescentes de tres establecimientos a fin de observar si presentan indicadores de conducta suicida. Lo anterior permitiría adaptar un test sobre conductas suicidas en Chile en alumnos adolescentes que presentan discapacidad intelectual.

Hemos consultado a tu padre/madre o apoderado si está interesado/a en participar del estudio, como así también si autoriza que tú puedas participar. En caso de no existir inconvenientes, te invitamos a que puedas hacerlo. En caso que aceptes participar, deberás completar dos cuestionarios en donde uno trata de completar datos personales para identificarte y el otro corresponde a señalar sobre pensamientos y conductas en torno al suicidio.

Tú eres invitado/a a participar del estudio, esto quiere decir que eres invitado a completar los datos de los dos cuestionarios. La participación en este estudio es voluntaria, es decir, puedes decidir participar o no en él.

La decisión que estimes conveniente tomar no afectará tu relación con el colegio ni en este momento ni a futuro. Si decides participar, y en algún momento del estudio decides retirarte, tendrás plena libertad para hacerlo y sin que sea necesario dar argumentos.

En general la participación en el estudio no conlleva riesgos, inclusive la literatura científica señala como beneficioso estar en conocimiento sobre los pensamientos y conductas suicidas en las personas a modo de poder prevenir o realizar intervenciones en pro de ello.

La información que se obtenga de los cuestionarios será manejada en forma confidencial por el investigador, y ninguna información personal será revelada a personas ajenas al estudio (como por ejemplo funcionarios del colegio). Es de mencionar que tampoco se entregará la información a la familia. Solo se comunicará a tu padre/madre o apoderado en caso que existan indicadores que puedas presentar un problema de salud mental según lo arrojen los cuestionarios.

La información obtenida en este estudio, formará parte de presentaciones en reuniones y podría ser usado en nuevos estudios, específicamente en proyecto de tesis de la Universidad del Desarrollo. En dichas instancias la información será presentada de forma que se resguarde la confidencialidad. No se nombrarán de manera particular a los alumnos que participen del estudio.

En caso que tú necesites mayor información sobre el estudio puedes tomar contacto con el investigador sr. Fernando Gabriel Cortés Fritz al teléfono 9-84355661 o al correo electrónico fernandocortesfritz@gmail.com. De la misma forma podrás contactar al Comité

de ética de la Universidad del Desarrollo al teléfono (02) 232 794 43 (Dirección de investigación Universidad del Desarrollo, Santiago).

Dejo constancia que he leído la información mencionada en la página previa. He tenido la posibilidad de hacer consultas, las que fueron respondidas de manera satisfactoria para mí. He firmado dos copias de este documento, donde una de ellas queda en poder del investigador, mientras que la otra la conservo en mi poder.

Acepto participar en este estudio.

_____ /_____/_____
 Nombre del padre/madre o apoderado Firma Fecha

_____ /_____/_____
 Nombre de quien recibe el documento Firma Fecha

Apellido	Apellido	Nombre	Nombre
RUT	Nombre Colegio		Curso

Anexo 9. Carta de consentimiento institucional



CARTA CONSENTIMIENTO INSTITUCIONAL

Yo, _____ representante de Liceo/Escuela _____, para el presente estudio titulado “Adaptación de escala que evalúa ideación suicida en alumnos adolescentes de educación especial”, declaro estar de acuerdo y dar mi consentimiento institucional para la participación de alumnos y sus apoderados para una investigación a cargo del Sr. Fernando Gabriel Cortés Fritz, alumno de Magíster de la Universidad del Desarrollo.

Declaro estar en conocimiento que la institución que represento fue invitada a formar parte del presente estudio debido a que formamos parte de una comunidad educativa que involucra la formación de alumnos adolescentes y que para ello mantenemos contacto con los apoderados de ellos.

Estoy en conocimiento de forma detallada del procedimiento en el cual participarán los alumnos y sus apoderados, como así también del uso confidencial de los datos obtenidos. Así también declaro que todos los datos que se obtengan de este estudio, serán de acceso libre para el investigador y para la institución a la cual pertenezco. Además declaro que el investigador me entregará un informe final con los datos obtenidos en relación a mi institución. Toda publicación que se genere a partir de los datos recopilados en esta institución, deberán incluir al menos un representante de ésta y de su afiliación.

En caso de tener cualquier pregunta respecto al desarrollo de la investigación, datos o resultados de éstas, ya sean parciales o finales, es posible contactarme con el Sr. Fernando Gabriel Cortés al teléfono 9-84355661 o al comité de ética de la Universidad del Desarrollo al teléfono (02) 232 794 43 (Dirección de investigación Universidad del Desarrollo, Santiago).

FERNANDO GABRIEL CORTES

Nombre:

ESTUDIANTE DE MAGISTER

Cargo:

UNIVERSIDAD DEL DESARROLLO

Escuela o liceo:

Anexo 10. Escala Okasha modificada

ESCALA OKASHA MODIFICADA

Esta escala evalúa riesgo suicida en adolescentes de 15 a 26 años con discapacidad intelectual. Se aplica a alumnos que posean más de 45 puntos de coeficiente intelectual en evaluación psicométrica de Wechsler para niños o adultos.

A. Identificación

Nombre alumno: _____ Edad: _____
 Diagnóstico intelectual: _____ Coeficiente Intelectual: _____
 Nombre del profesional que aplica: _____ Profesión: _____
 Año desde el que conoce al alumno: _____

B. Introducción para leerle al alumno

“Mientras estamos vivos hacemos cosas como jugar, estudiar, cantar, ir a clases, compartir con amigos, juntarnos con familiares, etc. Para eso es necesario estar vivo y tener ganas de vivir, o sea de hacer cosas en la vida. A veces hay personas que no tienen esas ganas de vivir y les gustaría dejar de vivir, morirse, así como dormir pero para siempre. Hay gente que le pasa y eso se llama no tener ganas de vivir. Mira estas tres láminas que contienen dibujos de personas que muestran por ejemplo que no siente ganas de vivir y desea morir”. (Mostrar las tres láminas de apoyo)



C. Encuesta general

Preguntar las consultas siguientes. Si el alumno no comprende alguna de las tres primeras preguntas, se pueden dar los ejemplos nombrados a continuación.

“Te voy a hacer algunas preguntas para saber cómo estás y cómo te sientes. Esto es privado y tus demás compañeros no sabrán de esto”.

	Sí	A veces	No
¿Piensas que es importante vivir?	0 punto	1 punto	2 puntos
¿Piensas que la vida no sirve para nada?	2 puntos	1 punto	0 punto
¿Has pensado que es mejor morir?	2 puntos	1 punto	0 punto
¿Te han dado ganas de hacerte una herida?	2 puntos	1 punto	0 punto
¿Te gustaría estar muerto?	2 puntos	1 punto	0 punto
¿Has pensado quitarte la vida?	2 puntos	1 punto	0 punto

"Por ejemplo que es importante ir al colegio, compartir con la familia o jugar con los amigos"

"Por ejemplo que no sirve ir al colegio, no sirve ir a trabajar, no sirve compartir con los amigos, etc."

"Por ejemplo que sería mejor no despertarse, no estar en esta vida o dormirse para siempre"

Total Puntaje:	
----------------	--

Anexo 11. Resultados estadísticos en SPSS

Estadísticas de fiabilidad test

Alfa de Cronbach	N de elementos
,775	6

Estadísticas de total de elemento

	Media de escala si el elemento se ha suprimido	Varianza de escala si el elemento se ha suprimido	Correlación total de elementos corregida	Alfa de Cronbach si el elemento se ha suprimido
¿Piensas que es importante vivir?	1,54	5,163	,500	,754
¿Piensas que la vida no sirve para nada?	1,39	4,975	,386	,773
¿Has pensado que es mejor morir?	1,32	4,273	,613	,717
¿Te han dado ganas de hacerte una herida?	1,09	4,081	,483	,764
¿Te gustaría estar muerto?	1,50	4,481	,728	,701
¿Has pensado quitarte la vida?	1,35	4,281	,540	,737

Estadísticas de fiabilidad retest

Alfa de Cronbach	N de elementos
,708	6

Estadísticas de total de elemento

	Media de escala si el elemento se ha suprimido	Varianza de escala si el elemento se ha suprimido	Correlación total de elementos corregida	Alfa de Cronbach si el elemento se ha suprimido
¿Piensas que es importante vivir?	1,68	5,643	,172	,734
¿Piensas que la vida no sirve para nada?	1,62	5,290	,318	,701
¿Has pensado que es mejor morir?	1,60	4,586	,502	,649
¿Te han dado ganas de hacerte una herida?	1,23	3,918	,485	,661
¿Te gustaría estar muerto?	1,65	4,441	,664	,607
¿Has pensado quitarte la vida?	1,51	4,174	,543	,632

Correlación de Pearson

		C_TESTEO	C_RETEST
C_TESTEO	Correlación de Pearson	1	.868**
	Sig. (bilateral)		.000
	N	80	77
C_RETEST	Correlación de Pearson	.868**	1
	Sig. (bilateral)	.000	
	N	77	77

** . La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

Estadísticos de muestras relacionadas

		Media	N	Desviación típ.	Error típ. de la media
Par 1	C_TESTEO	1.51	77	2.251	.257
	C_RETEST	1.86	77	2.522	.287

Correlaciones de muestras relacionadas

		N	Correlación	Sig.
Par 1	C_TESTEO y C_RETEST	77	.868	.000

Prueba T para muestras relacionadas

	Diferencias relacionadas					t	gl	Sig. (bilateral)
	Media	Desviación típ.	Error típ. de la media	95% Intervalo de confianza para la diferencia				
				Inferior	Superior			
Par 1 C_TESTEO - C_RETEST	-.351	1.254	.143	-.635	-.066	-2.453	76	.016

