

**Tabla de contenido**

Título.....6

Resumen.....7

Abstract.....8

Introducción.....9

Planteamiento del problema.....12

Formulación de la pregunta .....21

Planteamiento de la hipótesis.....22

Justificación.....23

Objetivos.....27

    Objetivo general.....27

    Objetivos específicos.....27

Antecedentes de investigación.....28

Marco teórico.....43

Operacionalización de las variables.....68

Metodología.....72

    Tipo.....72

    Diseño.....72

    Sujetos.....73

    Instrumentos.....74

    Procedimiento.....79

Resultados .....81

Análisis de resultados.....110

Discusión.....	116
Conclusiones.....	133
Referencias bibliográficas.....	136
Apéndices.....	143

**Lista de figuras**

Figura 1. Edades de los participantes de la muestra.....	82
Figura 2. Frecuencia de semestres.....	83
Figura 3. Frecuencia de estratos económicos.....	84
Figura 4. Ocupación alterna de los estudiantes participantes de la muestra.....	86
Figura 5. Número de hijos.....	87
Figura 6. Frecuencia en inclinación sexual.....	88
Figura 7. Frecuencia diagnostico al estudiante participante.....	94
Figura 8. Distribución por edades puntajes altos CES-D.....	102
Figura 9. Distribución por semestres puntajes altos CES-D.....	103
Figura 10. Distribución por estratos socioeconómicos puntajes altos.....	103
Figura 11. Distribución por religión puntajes altos CES-D.....	105
Figura 12. Distribución por tiempo de tratamiento puntajes altos CES-D.....	107
Figura 13. Vínculos con el padre puntajes altos CES-D.....	108

Figura 14. Vínculos con la madre puntajes altos CES-D.....109  
Figura 15. Valor absoluto de Z.....110  
Figura 16. Plano factorial de correspondencia múltiple.....113  
Figura 17. Análisis discriminante 1.....114  
Figura 18. Análisis discriminante 2.....115

**Lista de tablas**

Tabla 1. Operacionalización de las variables.....68  
Tabla 2. Distribución del sexo de la muestra.....81  
Tabla 3. Frecuencia de programas académicos.....82  
Tabla 4. Frecuencia de municipios.....84  
Tabla 5. Número de hermanos.....85  
Tabla 6. Frecuencia del estado civil.....86  
Tabla 7. Frecuencia de la religión.....87  
Tabla 8. Frecuencia de inicio de pregrados anteriores.....88  
Tabla 9. Ocupación del padre.....90  
Tabla 10. Ocupación de la madre.....92  
Tabla 11. Frecuencia de tiempo en tratamiento mental.....94  
Tabla 12. Frecuencia de antecedentes familiares con enfermedad mental. ....96  
Tabla 13. Motivo de tratamiento mental familiar.....  
Tabla 14. Resultados CES-D.....  
Tabla 15. Resultados PIB, vínculo con padre.....100  
Tabla 16. Resultados PIB, vínculo con madre.....100  
Tabla 17. Frecuencia del sexo puntajes altos CES-D.....101  
Tabla 18. Distribución por programas puntajes altos CES-D.....101  
Tabla 19. Distribución por número de hermanos puntajes altos CES-D.....104  
Tabla 20. Distribución por pregrados anteriores puntajes altos CES-D.....105  
Tabla 21. Distribución por diagnóstico puntajes altos CES-D.....106  
Tabla 22. Distribución por antecedentes familiares puntajes altos CES-D.....  
Tabla 23. Resultados del análisis factorial de correspondencia múltiple.....111

**Título**

Relación entre los estilos de apego y la ideación suicida en estudiantes de una universidad privada de Armenia, Quindío 2016.

### **Resumen**

La presente investigación tiene como objetivo, describir la relación entre los estilos de apego y la ideación suicida en estudiantes de una universidad privada de Armenia, Quindío 2016. La muestra estuvo constituida por 191 estudiantes entre los 18 y 29 años, distribuidos de la siguiente manera: 142 mujeres y 49 hombres. Se utilizó una metodología cuantitativa, con diseño no experimental - correlacional. Como instrumento se contó con la escala de depresión del centro de estudios epidemiológicos CES-D y el instrumento de lazos parentales PBI; entre algunos de los resultados se encontró que 19 de los estudiantes padecían de ideación suicida. Respecto a las conclusiones, se obtuvieron dos centrales: la primera es una relación entre el apego seguro, tanto con padre como con madre y la ausencia de ideación suicida. Y la segunda, es la existencia de una relación entre el apego desorganizado con la madre y los pensamientos de auto provocarse la muerte.

**Abstract**

The present research has as objective; describe the relationship between them styles of attachment and the ideation suicidal in students of a University private of Armenia, Quindío 2016. The sample consisted of 191 students between 18 and 29 years, distributed as follows: 142 women and 49 men. It used a methodology quantitative, with design not experimental-correlational. As instrument is featured with the scale of depression of the center of studies epidemiological CES-D and the instrument of ties parental PBI; some of the results found that 19 students had suicidal ideation. With respect to the conclusions, two stations were obtained: the first is a relationship between secure attachment, with both father and mother and the absence of suicidal ideation. And the second is the existence of a relationship between attachment disorganized with mother and the thoughts of auto cause death.

## **Introducción**

La presente investigación se centra en la relación entre el estilo de apego y la ideación suicida en jóvenes universitarios de Armenia, Quindío 2016. Esta población ha sido abordada con gran interés por investigadores con inclinación al estudio de dicha temática en los últimos tiempos; en este sentido, las aproximaciones realizadas han sido en función de describir, explicar y dar causalidad a la aparición de los pensamientos de muerte auto provocada, los cuales en su mayoría apoyan dichas explicaciones en la familia desde diferentes perspectivas, tales como estilos educativos, actitud hacia los padres, funcionamiento familiar, clima familiar, estilos parentales, apoyo familiar, cuidados parentales tempranos y estructura de la familia.

En estudios previos se encontró que existe una relación significativa entre el pensamiento suicida y la relación con la familia, en donde tener una buena relación con la madre disminuye la aparición y la relación estresante con el padre es un predictor (Miri, Farahani, Shahyad, Asadi, Shiralipour, Barghi y Siavoshi, 2011). Además de esto, se ha identificado como un claro predictor de trastornos de ansiedad y depresión en los jóvenes la actitud que tienen estos hacia sus padres (Sharifian, Lavasani, Ejei, Taremian y Amrai, 2011).

Este trabajo de investigación, estructura dos grandes apartados teóricos, el primero corresponde a los fundamentos, conceptos y postulados de la teoría del apego; de igual manera y en segundo lugar se lleva a cabo las aproximaciones teóricas al estudio de la ideación suicida, comenzando con una revisión teórica de la cognición del suicidio; además de una exploración de los principales antecedentes teóricos basados en la investigación que

han contribuido al estudio de dicho fenómeno. Lo anterior además de estar descrito teóricamente, también responde a un llamado de organizaciones tales como la OMS, la OPS, la IASP y a nivel nacional el INMLCF para comunicar con información verídica el estado actual de la problemática del suicidio.

A partir de lo observado, tanto en los antecedentes como en el marco teórico se planteó dos hipótesis centrales en función de las variables de interés, toda vez que los antecedentes brindaron en su mayoría resultados y conclusiones que apoyaban la existencia de la relación; al mismo tiempo dentro de la teoría, se presenta de manera clara la reciprocidad entre la depresión y el apego que se establezca con los padres; cabe establecer que la depresión es el mayor predictor y medidor de la ideación suicida.

En cuanto a las organizaciones e instituciones anteriormente mencionadas es preciso señalar la postura que estas tienen frente al fenómeno de la muerte auto provocada en donde defienden la importancia de la actualización constante de datos, causas y resultados de esta población vulnerable. De acuerdo a las consideraciones finales del informe Forensis en donde exponen la absoluta necesidad de promover la investigación del tema ya que según las cifras para el año 2014, el Quindío con una tasa poblacional de 6.2 suicidios por cada 100.000 habitantes ocupa el segundo puesto a nivel nacional, además el 39.42% de los casos se presentó en personas bachilleres y con un rango de edad compuesto entre los 18 y 29 años (Cárdenas, 2015).

Teniendo en cuenta lo anteriormente sustentado y para elaborar una investigación clara y precisa se estable como objetivo de este trabajo investigativo el describir la relación entre los estilos de apego y la ideación suicida en estudiantes de una universidad privada en Armenia, Quindío 2016. Así bien y con el fin de cumplir con lo anteriormente mencionado, los objetivos específicos sirven como herramienta para lograr el objetivo general; es por



esto que inicialmente se busca identificar las características sociodemográficas de los sujetos participantes en la investigación, en segundo lugar, se busca describir los estilos de apego seguro, ambivalente, evitativo y desorganizado en los estudiantes universitarios, así como identificar aquellas características importantes que corresponden a un perfil de estudiante universitario con vulnerabilidad o riesgo suicida y finalmente establecer la relación entre los estilos de apego y la ideación suicida.

### **Planteamiento del problema**

En cada nuevo reporte dado por entidades como la Organización Mundial de la Salud (OMS), la Organización Panamericana de la Salud (OPS) o por el Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses en su Informe Forensis, se encuentra variaciones considerables en las apariciones de suicidios, tales como cambios en rangos de edades, estratos socio económicos e incluso distribuciones variadas entre los géneros, de ahí que el

ideal de cualquiera, no solo de la academia, sería el encontrar estas cifras en ceros y que las familias no se fragmentaran o atravesaran un duelo prematuro que pudo haber sido evitado; sin embargo, la realidad es muy diferente.

La dificultad que se encuentra al momento de buscar información válida, es que a lo largo de los años, diferentes disciplinas tanto sociales como de la salud, han tratado de comprender la problemática que abarca el suicidio dentro de una persona y de quienes lo rodean, mostrando la variabilidad entre factores protectores y precipitantes, así como las características principales de una tentativa suicida y las cifras de consumación.

Referente a la problemática que abarca el suicidio dentro de una persona y de quienes lo rodean, se empezará por determinar lo que en teoría se conoce como familia, de acuerdo a la definición de diferentes autores, encontrando diversos conceptos a lo largo de la revisión literaria, puesto que esta ha sido investigada desde los diferentes campos de la psicología como una aproximación al estudio y entendimiento de las relaciones humanas.

Hay disímiles explicaciones en su definición; Burgess y Locke (citados en Roche 2006, p.10) señalan que la familia es: “Una unidad de personas en interacción, relacionadas por vínculos de matrimonio, nacimiento o adopción cuyo objetivo central es crear y mantener una cultura común que promueva el desarrollo físico, mental, emocional y social de cada uno de sus miembros” (Martinez, 2012). El autor Estrada (2007) afirma que la familia es como una “célula social” que en el interior de su membrana se encuentra protegidos sus integrantes y que al mismo tiempo los relaciona exteriormente con otros organismos semejantes. Gil (2007) afirma que la familia debe proporcionar la generación de vínculos afectivos, que trabajan como antecesores de los demás, de forma que la unión familiar proporcione la fuerza y la conciencia a todas sus partes desde el interior llevándolos a relacionarse de una forma adecuada con en el mundo exterior.

Ahora bien, la importancia del apego o vínculo como factor protector o precipitante del suicidio, si bien los conceptos teóricos serán discutidos más adelante, es menester señalar que de acuerdo a J- Bowlby el apego puede definirse como una manera de imaginar la preferencia que tienen las personas a puntualizar los vínculos afectivos con otros individuos particulares, así como de dar explicación a diferentes formas de trastornos emocionales, alteraciones de personalidad como por ejemplo la ansiedad, la ira, la depresión y el apartamiento emocional entre otros, lo que se genera a partir de la separación involuntaria, así como también de la pérdida de seres queridos (Bowlby, 1986 citado en Eyrás, 2007). En este sentido, se entiende que la convivencia familiar y el contexto moldean el carácter y los recursos humanos de un niño (Social Trends Institute, Child Trends, 2013).

Entre tanto, la familia se constituye como un microsistema, es decir el nivel más cercano e inmediato en donde se desarrolla el individuo y es precisamente allí donde el niño adquiere aprendizajes básicos como el lenguaje y la supervivencia física; de igual manera que se promueve el desarrollo del autoestima, la dependencia, el amor hacia el otro y la motivación para alcanzar metas y logros. Por consiguiente, la familia se establece como la influencia más fuerte y valiosa en el progreso de habilidades sociales (Palacios, 1991).

Y es precisamente el Social Trends Institute, Child Trends, en compañía con 8 universidades alrededor del mundo en su informe World Family Map 2015 quienes estiman que en Colombia el 62% de los menores conviven con sus dos padres, el 27% solo con un padre y el 11% sin ninguno de ellos. Se calcula además que el 55% de los menores de edad viven en hogares compartidos; es decir, con adultos que no son sus padres y muy por encima de países como Inglaterra o Suecia tienen una cifra del 0% (Social Trends Institute, Child Trend, 2015).

Otra cifra que llama mucho la atención es que el país ocupa el primer puesto de madres solteras en el mundo con un porcentaje del 84%, además el 35% de las parejas con hijos viven en cohabitación, lo que ubica a Colombia en el segundo puesto mundial con esta lista, que se traduce en el porcentaje más bajo en Latinoamérica de matrimonios, pues solo el 20% de las parejas deciden casarse en el territorio nacional (Social Trends Institute, Child Trends, 2015).

Así pues, en cuanto a factores de riesgo se encuentra los antecedentes familiares de suicidio, antecedentes de maltrato en la infancia, tentativas previas, antecedentes de trastornos mentales especialmente depresión, antecedentes de uso y abuso de sustancias psicoactivas, sentimientos de desesperanza, conductas impulsivas, creencias religiosas que el suicidio es una salida noble al problema, altos casos de suicidio a nivel local, dificultades para acceder a servicios de salud mental, el quebranto social, laboral, financiero y personal, enfermedades físicas, el sencillo acceso a métodos letales y por ultimo resistencia a buscar ayuda por el tabú existente a ser etiquetado como enfermo mental (Center for disease control and prevention, s/f).

De acuerdo, a la OMS el tema de la salud de la familia la investigación de las estructuras familiares y del desarrollo de la familia se ha ido transformando en un esfuerzo lógico, coherente y sistemático para generar soluciones a los problemas sanitarios; así como organizar los servicios de salud en torno de la familia (OMS, 1976).

Respecto a las características principales de una tentativa suicida y las cifras de consumación en aumento, ha sido otra de las dificultades encontradas al momento de buscar información valida sobre la problemática, puesto que las cifras de ideación suicida son escasas, ya que solo se encuentran los números relacionados con los suicidios consumados; aun así, existe la aproximación que por cada deceso fueron 20 personas las

que intentaron hacerlo (OMS, 2013). Por ejemplo, según el informe de la OMS titulado Salud para los Adolescentes del mundo (Health for the world's adolescents), en el año 2012 murieron alrededor de 1,3 millones de jóvenes entre los 10 y 19 años de edad, donde la tercera causa de muerte fue el suicidio con un poco más de 80.000 fallecidos, en una proporción pareja entre hombres y mujeres; este tipo de muerte solo fue superada por los accidentes de tránsito en primer lugar y luego el VIH/SIDA en segundo (OMS, 2013). No obstante, entre el rango de edades comprendidos por los 15 y 29 años se ubica como segunda causa de muerte el suicidio (OMS, 2015).

Otras cifras importantes a considerar fueron las causas principales de enfermedad y discapacidad en este rango de edad. El primer puesto lo ostenta la depresión, con casi 14 millones de jóvenes, en el quinto puesto las lesiones auto provocadas con un poco más de 6 millones y el octavo los trastornos de ansiedad con un poco más de 5 millones (OMS, 2012). Ahora bien, si se busca dentro del DMS-5 (siglas en inglés para denominar al manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales en su quinta edición), en el apartado de características diagnosticas del trastorno depresivo mayor se ubica la ideación suicida y dentro de las características epidemiológicas que apoyan el diagnóstico se encuentra tanto para la depresión como para los trastornos de ansiedad el suicidio como la causa de mortalidad (DSM-5, 2014).

En datos suministrados por la OMS, se aproxima que cerca de 3.000 personas diariamente toman la decisión de terminar con su vida, lo que en promedio significaría que cada minuto mueren dos personas. Lo anterior, alarma aún más cuando se observan los números relacionados a intentos, ya que se estima que son 60.000 personas al día las que lo hacen. Es así, que como llamado de auxilio, la OMS al identificar que el 1,5% de todas las muertes a nivel mundial eran causadas por este tipo de deceso, determinó a partir del año

2009 que los días 10 de septiembre se celebre el día internacional de prevención del suicidio (Cárdenas, 2015).

Ahora bien, según la Organización Panamericana de la Salud (OPS), en las Américas fallecen cerca de 65.000 individuos anualmente por esta muerte, lo que se traduce en una tasa de 7,3 por cada 100.000 personas, para Suramérica en concreto una tasa de 5,2. Según el informe, para las Américas las edades de los 20 a 24 años, el suicidio fue la tercera causa de deceso, mientras en el rango de los 10 a 19 años y de los 15 a 44 años fue el cuarto lugar (OPS, 2014).

De modo accesorio, la Organización Mundial de la Salud señala que Colombia se encuentra dentro del tercer grupo de cuatro teniendo como base la cantidad de suicidios por cada 100.000 habitantes; es decir, el país se ubica en un rango de entre 5 a 10 suicidios por cada 100.000 personas. Comparándolo con otros países, el nivel de suicidio en Colombia es inferior al observarlo con países como Rusia, India, Afganistán, las coreas y Japón, quienes ocupan el puesto uno de este grupo, los que expresa que hay más de 15 suicidios por cada 100.000 habitantes; sin embargo, aunque en Colombia la tasa es inferior, no significa que deba ser una problemática de nula atención o de poca preocupación (OMS, 2013).

Teniendo en cuenta la premisa anterior, para el año 2014 el Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencia Forenses en su informe Forensis reveló que los cinco departamentos con las tasas más altas de suicidio fueron Vichada con 9.94, Quindío con 6.2, Norte de Santander con 6.0, Arauca con 5.74 y Huila con 5.65. Además, los grupos con mayor número de casos son los ubicados entre los 20 y 24 años con un 14.76% y entre los 25 y 29 con un 12.63% de los fallecidos. Es entonces que delimitando por grupos, las edades entre los 18 y 29 años tiene la tasa más alta por cada 100.000 con un promedio de 6.37; es decir, superior a la tasa nacional de 4.33 (Cárdenas, 2015).

En este mismo orden, los casos según escolarización se destacan tres con altos niveles; el primero son las personas que solo llegaron a culminar sus estudios de básica primaria con el 39.75% de los casos, el segundo las personas con estudios terminados en básica secundaria con un porcentaje de 39.42%, el tercero e incrementando en comparación con años anteriores, los profesionales con el 7.98%. No obstante, se resalta que solo el 64.7% de los suicidios contaban con la información correspondiente a escolarización (Cárdenas, 2015).

Otro punto es el relacionado con estado civil, en donde se resaltan dos con puntajes altos; el primero, personas solteras con el 51.79% y el segundo en unión libre con el 24.63%. Por lo que se refiere a la razón precipitante a la consumación del acto, se destacan por conflicto de pareja o ex pareja con el 28.46% de los casos, el 23.99% debido a una enfermedad física o mental, el 13.96% factores económicos y con el 12.10% por desamor (Cárdenas, 2015).

A partir de los registros condensados dentro del informe Forensis, se identifica el suicidio como la cuarta forma de la violencia en el país, con una distribución de un deceso femenino por cada cinco masculinos. Además, puede calcularse que en la década comprendida por los años 2005 al 2014, fueron en total 18.336 personas que decidieron terminar con su propia vida en el territorio nacional (Cárdenas, 2015).

Según las cifras anteriores en donde el departamento del Quindío ocupa el segundo puesto a nivel nacional a partir de la tasa poblacional, y partiendo con que el 39.42% de los casos correspondió a personas bachilleres y que las tasas más altas se encuentra entre las edades de 18 y 29 años, se considera relevante el estudio de la población universitaria, los cuales son grupos de edad que por lo general se asocia con la demanda de educación superior (Cárdenas, 2015). En consonancia, Miguel de Zubiria Samper, presidente de la

liga colombiana por la vida contra el suicidio, asegura que entre 5.000 estudiantes universitarios el 41% ha tenido pensamientos suicidas y el 16% ya lo ha intentado por lo menos una vez (Ministerio de educación, 2006).

La Asociación Internacional de Prevención del Suicidio (IASP) ha logrado delimitar tanto los factores protectores como los de riesgo o precipitantes; en cuanto a los protectores, se encuentra el cuidado clínico dirigido a los desórdenes mentales, físicos y de abuso de sustancias, el acceso rápido a intervenciones clínicas o de apoyo cuando se busca auxilio, apoyo de la familia y/o la comunidad, habilidades en resolución de conflictos y por ultimo las creencias religiosas o culturales que desalientan el suicidio y apoyan los instintos de auto conservación (Center for disease control and prevention, s/f).

En consonancia, durante la Asamblea Mundial de la Salud del 2014, se nombraron casi todos los factores anteriormente mencionados, sin embargo, ellos mencionan además como factores de riesgo, ser parte de una población vulnerable a conflictos bélicos, desastres naturales y el desplazamiento forzado (Asamblea Mundial de la salud, 2014). También mencionan el sensacionalismo de los medios al no ser lo suficiente minuciosos en el momento de dar a conocer la noticia, esto mismo ya lo había informado la OMS en su informe titulado “prevención del suicidio un instrumento para profesionales de los medios de comunicación” en donde explican de manera detallada la forma adecuada de publicar noticias relacionadas con el suicidio (OMS, 2000).

Como bien pudo observarse, los factores pueden llegar a afectar o a proteger a una persona dentro de una gran variedad de fuentes tanto internas como externas. Dentro del marco teórico, podrá observarse como los vínculos hechos con la figura de apego pueden determinar la forma en la que el individuo consigue reaccionar o responder a los estímulos o circunstancias que aparecen a lo largo de la vida.



Como consideraciones finales dentro del informe Forensis, ellos declaran la imperativa necesidad de la inclusión por parte de los ministerios de salud, educación y comunicación para promover la investigación en la problemática que representa el suicidio en la actualidad mundial, recalcando que es un asunto que concierne y afecta a todos indiscriminadamente si se ha tenido un intento, tiene ideación o conoce a alguien que atraviesa por el escenario o a culminado con su vida (Cárdenas, 2015). A partir de todo lo expuesto, surge la necesidad de preguntarse ¿Cuál es la relación entre el estilo de apego y la ideación suicida en estudiantes de una Universidad privada en Armenia, Quindío, de 2016? y de esta forma resolver esta inquietud a través de la ejecución de la presente investigación.

### **Formulación de la pregunta**

¿Cuál es la relación entre el estilo de apego y la ideación suicida en estudiantes de una universidad privada en Armenia, Quindío, 2016?

### **Planteamiento de la hipótesis**

A continuación se presentarán las hipótesis de investigación (Hi) y la hipótesis nula (Ho).

**H1:** Existe una relación entre los estilos de apego y la ideación suicida.

**H2:** Hay diferencias según las características sociodemográficas con la ideación suicida.

**Ho:** No existe relación entre los estilos de apego y la ideación suicida.

### **Justificación**

Teniendo en cuenta la importancia de la actualización y adquisición de nueva información, la psicología para lograr su objetivo de favorecer el entendimiento y el manejo de las ideaciones suicidas, factores protectores y de riesgo en el suicidio, se ha valido de otras disciplinas y organizaciones como la OMS, la OPS, la IASP y a nivel

nacional el INMLCF para dar a conocer con información verídica el estado actual de la problemática.

La importancia de este estudio radica principalmente en los elevados números registrados correspondientes al suicidio, pues según la OMS, se aproxima que son casi 3.000 las que fallecen al día por este tipo de muerte, en ese sentido, se estima que el suicidio es el responsable del 1.5% de las muertes a nivel global (Cárdenas, 2015). En ese mismo orden, se aproxima que en las américas 65.000 al año toman la decisión de finalizar con su existencia. Más específicamente en Suramérica se tiene una tasa de 5.2 decesos por cada 100.000 personas y se encuentra entre las primeras causas de muerte (OPS, 2014).

A nivel del país, toma más importancia encontrar que Colombia tiene entre 5 a 10 suicidios por cada 100.000 habitantes (OMS, 2013). Lo que lleva a examinar que para el año 2014 según el Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencia Forenses (INMLCF) en el informe Forensis, los tres departamentos con las tasa más altas fueron Vichada con 9.94, Quindío con 6.2, Norte de Santander con 6.0 y que además según los grupos de edades la tasa más alta es la compuesta entre los 18 y 29 con una tasa de 6,37 (Cárdenas, 2015).

Además de esto, haciendo un balance en retrospectiva, las altas tasas obtenidas por el departamento viene desde hace varios años, por ejemplo, en el 2005 la tasa fue de 5, en el 2006 de 4, (Rodríguez. 2007), en el 2007 la tasa se elevó a 9 (Gonzales. 2008), en el 2008 disminuyó a 7 (Franco. 2009), sin embargo para el 2009 se incrementó nuevamente a 10.1 (Valenzuela. 2010), para el 2010 bajo a un 8.55 (Chica.2011), en el 2011 se elevó a 9.95 (Macana. 2012)., para el 2012 descendió a 7.2 (Cifuentes.2013), durante el 2013 una tasa de 5.9 (Cifuentes,2014) y finalmente para el 2014 una cifra de 6.2 (Cárdenas, 2015).

Así mismo, según las cifras anteriores en donde el Quindío ocupa el segundo puesto según la tasa poblacional en suicidio con una constancia a lo largo de los años y que

además el 39.42% de los casos correspondió a personas bachilleres con incidencia en mayor número dentro de las edades de 18 a 29 años, los cuales son grupos de edad que por lo general se asocia con la demanda de educación superior, se considera pertinente el estudio dentro de la población universitaria.

Según Miguel de Zubiria Samper, presidente de la liga colombiana por la vida contra el suicidio, entre 5.000 estudiantes encuestados el 41% ha tenido pensamientos suicidas y el 16% ya lo ha intentado por lo menos una vez (Ministerio de educación, 2006). En este sentido, la trascendencia del estudio en la ciudad de Armenia, Quindío en ideación suicida con estudiantes universitarios cobra aún más valor, pues como será expuesto en los antecedentes las razones que llevan a esta decisión proviene de muchas fuentes; sin embargo, solo se investigará su relación con una variable, el vínculo con la figura de apego.

En este orden de ideas, el valor del estudio radica en la poca investigación que se ha hecho a nivel departamental incluso teniendo en cuenta la alta incidencia de la consumación del acto suicida. Además, por la ausencia nula de participación del estado en esta problemática, ya que aun con tasas tan elevadas no existe un plan de sanidad en el departamento que prevenga el suicidio.

En sincronía con lo anterior, se evidencia el suicidio como pieza relegada por parte de los entes gubernamentales locales, ya que no se ha dado la importancia necesaria a la población riesgo, esto teniendo en cuenta que según la gobernación del Quindío en su presupuesto para el mandato que acaba de finalizar “fortalecimiento promoción de la salud y prevención primaria en salud mental en el Departamento del Quindío por un valor de \$25.000.000.00 m/cte. y 18035-1291717765 ·Apoyo en la reducción de sustancias psicoactivas en el Quindío” Por un valor de 220.000.000.00 m/cte.” (Gobernación del

Quindío, 2013). A partir de esto se entiende que no solo se excluye la problemática del suicidio, sino que solo se concibe la prevención en la salud mental como la prevención en el uso de sustancias psicoactivas. Por lo anterior, se considera importante evidenciar mediante esta propuesta investigativa la seriedad del tema desde datos específicos en la población universitaria; así como, realizar un llamado a todos los entes responsables incluyendo no solo al estado sino también a la comunidad educativa y académica.

Con desconsuelo puede verse que no solo Colombia es ajeno al valor de combatir el suicidio, pues 28 países del mundo han generado una estrategia nacional para prevenir la muerte auto provocada, comprometiéndose con base a lo pactado en el plan de acción sobre salud mental 2013-2020; es decir, reducir en un 10% para el final de la década las tasas de suicidio (OMS, 2015).

El presente estudio responde así al llamado hecho por el INMLCF y se cita “Es necesario alertar a las autoridades, en especial a las de los departamentos de Vichada, Quindío, Norte de Santander..., donde se presentaron las tasas más altas, para analizar e intervenir las posibles causas, no solo las epidemiológicas, sino las sociales y culturales de cada región del país, y puedan incluir en sus acciones la evaluación del riesgo de la conducta suicida y la intervención integral del fenómeno.” (Cárdenas, 2015). Entre tanto lo que se pretende es analizar una de las causas más destacadas dentro de la ideación suicida según diversas investigaciones.

La investigación se plantea de tal forma que coadyuve a suplir los pocos datos existentes sobre la ideación suicida. De igual manera, que se ubique como prioridad bioética el generar una ruta de ayuda y atención a quienes sean identificados con la ideación y de esta forma prevenir su muerte. Con esto, el estudio llega a tener un alcance

más profundo que solo datos, pues se atiende al llamado hecho por la OMS según sus planes de prevención y control en donde dicen “identificación temprana, tratamiento y atención de personas con problemas de salud mental y abuso de sustancias, dolores crónicos y trastorno emocional agudo.” (OMS, 2015). Por otra parte, se espera generar nueva información en pro de la investigación en psicología a nivel local, departamental y regional.

## **Objetivos**

### **General**

Describir la relación entre los estilos de apego y la ideación suicida en estudiantes de una universidad privada en Armenia, Quindío 2016.

### **Específicos:**

- Identificar las características sociodemográficas de los sujetos participantes en la investigación.
- Describir los estilos de apego seguro, ambivalente, evitativo y desorganizado en los estudiantes universitarios de una universidad privada de Armenia, Quindío de 2016.
- Identificar aquellas características importantes que corresponden a un perfil de estudiante universitario con vulnerabilidad o riesgo suicida.

- Establecer la relación entre los estilos seguro, ambivalente, evitativo y desorganizado con la ideación suicida.

### **Antecedentes de investigación**

El presente trabajo tiene el propósito de brindar información al ámbito académico y psicológico respondiendo la siguiente pregunta ¿Cuál es la relación entre el estilo de apego y la ideación suicida en estudiantes de una Universidad privada en Armenia, Quindío, de 2016? Este cuestionamiento traza la existencia de una relación entre dos variables específicas; la primera, el estilo de apego y la segunda la ideación suicida en estudiantes universitarios.

En los próximos párrafos se encontrarán resúmenes de investigaciones que sustentan el planteamiento del problema del estudio a desarrollar, ya que describen en sus resultados y conclusiones las posibles causas de la ideación en los jóvenes participantes. Para el desarrollo de estos antecedentes se tiene en cuenta estudios realizados alrededor del mundo sobre la ideación suicida y las variables relacionadas; sin embargo, se presentaran las publicaciones en orden cronológico.

Para iniciar y teniendo en cuenta que aunque fue publicada hace más de 20 años, se rescata la importancia de lo encontrado en la investigación de 1995 titulada “Los intentos de suicidio e ideación suicida en una cohorte de nacimiento de 16 años de edad, los



neozelandeses”, en la cual encontraron que el 12% de la muestra tenía ideación suicida antes de los 16 años y el 3% había intentado ya suicidarse. Además de esto, la medida en que expresaron tendencias suicidas variaba con el grado en que el adolescente cumplía con los criterios para un trastorno psiquiátrico. Conjuntamente, el alcance de los problemas de adaptación se relacionaba positivamente con la exposición a circunstancias familiares adversas (Fergusson y Lynskey, 1995).

Ahora bien, una década después, para el año 2008 se encontró solo una publicación relacionada, titulada “Fracciones atribuibles a la población de trastornos psiquiátricos y la ideación suicida e intentos asociados con experiencias infantiles adversas”, la cual como objetivo tuvo determinar las fracciones de los trastornos psiquiátricos y la ideación suicida e intentos en una muestra con abuso infantil físico, sexual y ser testigo de la violencia doméstica.

Así mismo, se utilizó la Encuesta Nacional de Comorbilidad de replicación de los Estados Unidos y se calculó las fracciones atribuibles poblacionales para determinar la proporción de los trastornos psiquiátricos y la ideación suicida e intentos. En los resultados encontraron que entre el 22% a 32% de las mujeres y el 20% a 24% de los hombres con trastornos psiquiátricos experimentaron eventos adversos en la infancia. Después de haber vivido estas situaciones adversas representó una proporción sustancial de la ideación suicida e intentos entre las mujeres (16% y 50%, respectivamente) y los hombres (21% y 33%, respectivamente) (Afifi, Enns, Cox, Asmundson, Stein, Sareen. 2008).

Para el año 2009 fue encontrado, al igual que el año anterior solo una investigación; el estudio realizado en Norte América titulado “Bienestar espiritual y la ideación suicida entre estudiantes universitarios” toma desde un modelo de regresión lineal la evaluación correlacional entre las variables dichas. La muestra fueron 457 estudiantes universitarios

que puntuaron acertadamente para la evaluación de bienestar espiritual y religiosidad. En cuanto a los resultados, encontraron que ni la participación religiosa ni el bienestar religioso favorecen a la no aparición de la ideación suicida. Sin embargo, la variable de bienestar si es predictor de la ideación (Taliaferro, Rienzo, Pigg, Miller, Dodd, 2009).

Continuando, para el año 2010 se encontraron dos investigaciones, una realizada en Irán y otra en Colombia. Por un lado, el estudio de Irán tenía como objetivo investigar la relación entre los estilos de apego y la ideación suicida en muestras de estudiantes en Turkmenistán Sahra. Con una muestra de 125 estudiantes y una media de edad de 22.1 años; se aplicaron para la medición de las variables el Cuestionario de Apego Adulto (AAQ) y Beck Escala Suicidio Ideación (BSS). Los resultados apuntan que existe una correlación positiva entre el apego inseguro y la ideación suicida y una correlación negativa entre el apego seguro y la ideación suicida (Davaji, Valizadeh, Nikamal, 2010).

Por otro lado, el departamento del Quindío presenta muy bajo número de artículos; uno de los encontrados fue “La Prevalencia del suicidio en adultos jóvenes en el departamento del Quindío - Colombia, entre 1989 y 2008”. Este estudio se hizo a partir de los datos obtenidos del Instituto Seccional de Salud del Quindío, en donde se identificó que los factores de riesgo socio demográficos son: edad, género, historia laboral, estado civil, etc. Además de ello se detectó que a lo largo de los 19 años, se presentaron 683 suicidios, de los cuales 321 correspondieron a adultos jóvenes; de los cuales 262 (82%) fueron hombres y 59 (18%) mujeres. En cuanto a los mecanismos para el suicidio los hombres recurrieron más al arma de fuego y el ahorcamiento (35%, respectivamente) mientras que las mujeres a la intoxicación (59%). Las mayores tasas de suicidio se encontraron entre los 18-24 años (Pérez, Piernagorda, Rengifo, 2010).

Ahora bien, para el año 2011 se localizaron tres investigaciones; la primera de ellas llevada a cabo en Irán y titulada “Predicción del suicidio orientado en los estilos educativos percibidos”, en donde los autores encontraron que existe una relación significativa entre el comportamiento suicida y la relación con la familia. De igual manera, que la buena relación con la madre disminuye la aparición de la conducta suicida y además que las relaciones estresantes con el padre son predictores para una posible conducta futura. Los análisis se hicieron a partir de la escala de comprensión de los padres y el cuestionario de conductas peligrosas a 182 estudiantes de la Universidad de Teherán en el año académico de 2009 – 2010 mediante un estudio correlativo descriptivo con el uso del método de regresión por pasos y el coeficiente de Pearson (Miri, Farahani, Shahyad, Asadi, Shiralipour, Barghi y Siavoshi, 2011).

La segunda investigación realizada igualmente en Irán, se titula “relación entre comunidad de la clase, la actitud hacia los padres, los trastornos de ansiedad y depresión con la probabilidad de suicidio adolescente”. Se encontró a partir de 400 estudiantes de una escuela secundaria entre los 14 y 17 años que la actitud que se tiene hacia los padres y el sentido de comunidad hacia la clase son los principales predictores de trastornos de ansiedad y depresión, además la depresión es el mediador más directo de la ideación suicida. Esto medido por medio de la escala- cuestionario de trastornos emocional, la pantalla para la ansiedad infantil relacionado, Beck Inventario de depresión y el cuestionario de comunidad de clase y la actitud hacia los padres. Se halló que las relaciones de actitud hacia los padres, la comunidad, el trastorno de depresión, la ansiedad y la ideación suicida son positivos y significativos entre sí (Sharifian, Lavasani, Ejei, Tareman, Amrai, 2011).

Como tercera investigación se encuentra la titulada “Familia, salud mental y rendimiento en estudiantes universitarios”. Se tuvo como muestra 54 estudiantes chilenos de medicina, de los cuales, el 52.8% eran hombres y el 47.2% mujeres con edades entre los 17 y 20 años. Los instrumentos fueron el inventario de depresión de Beck (BDI II), la escala abreviada de depresión, ansiedad y estrés de Lovibond (DASS 21), el inventario de síntomas Derogatis revisado (SCL 90 R) y el cuestionario de salud mental de Cova (CSM-U), los resultados mostraron que el 43.6% tenían síntomas depresivos, el 22% síntomas ansiosos, el 15% ideación suicida y el 3% ya había tenido un intento. Ahora bien, en cuanto a la estructura familiar, en donde los padres son afectuosos entre sí, más no con el joven presentan menor sintomatología ansiosa. Así mismo, esto vuelve a observarse cuando se evalúa la sintomatología depresiva, pues pareciera que es un poco más importante la relación que existe a nivel global entre la familia que la que influye directamente al estudiante (Labarca, Fuhrmann, 2011).

Continuando, para el año 2012 solo fue encontrada una investigación relacionada con el tema, el estudio realizado en Colombia encontró que son 4.7 los hombres quienes toman la decisión de morir por cada mujer. El nivel educativo predominante fue secundaria completa, 40.9%. En cuanto al estado civil, el 47.8% eran solteros y 26.1% casados. En relación con la ocupación, el 21.7% eran empleados y estudiantes, respectivamente, y un 17.4% tenía un empleo informal. El método empleado para suicidarse fue con arma de fuego el 39.1% e intoxicación 30.4%. La mayoría del grupo, 70.4%, reside en los estratos 1, 2 y 3. Con respecto a eventos claves, el 54.5% tenía antecedente de intento de suicidio, además la gran mayoría, 81.8%, había premeditado la manera de morir y se encontraron testimonios escritos y mensajes en el 72.7%. Finalmente, los autores Tuesca y Lechuga

(2012) titularon la investigación como “Los Factores de riesgo asociados al suicidio e intento de suicidio” (Tuesca, Lechuga, 2012).

En consonancia, para el año 2013 fueron encontradas cuatro investigaciones, la primera, hecha por Rivers y Noret titulada “Ideación suicida en potencia y su asociación con la Intimidación observable en las escuelas”. Aquí los investigadores buscaron explorar los factores contextuales que predicen el potencial de ideación suicida entre los estudiantes que sufren de matoneo; por lo que accedieron a 1.592 estudiantes de 14 escuelas del norte de Inglaterra entre los 12 y 16 años, de los cuales 1009 reportaron haber observado intimidación. Como resultado se encontró que aquellos estudiantes que fueron observadores del matoneo indicaron en el Inventario de Brief Síntoma (BSI) y en un cuestionario hecho por ellos mismos acerca del bullying, que había mayor sensibilidad interpersonal y por lo tanto impotencia; por consiguiente, son potencialmente más propensos a tener ideación suicida. Así mismo, se encontró una relación con tener un clima familiar desfavorable en casa (Rivers, Noret, 2013).

En el siguiente estudio titulado “Intentos de suicidio en adolescentes de educación media superior y su relación con la familia”, se tomó una muestra con un rango de edad entre 15 y 19 años y se empleó un cuestionario diseñado en el Instituto de Investigación Científica de la Universidad Juárez de Durango que cuenta con 181 reactivos con las siguientes especificaciones: caracterización demográfica, evaluación del intento de suicidio, indicadores de riesgo en la dinámica familiar y escolar, escalas de depresión, ansiedad e impulsividad. Los resultados arrojaron que 108 (8.1%) habían atentado alguna vez contra su vida, el 44 (3.3%) en más de una ocasión. En cuanto a la relación con la familia el 49%

de aquellos que intentaron quitarse la vida perciben su hogar con un ambiente negativo; es decir, autoritario, hostil, rígido o violento. Lo que se traduce en un riesgo de 3.59 mayor de intento de suicidio, además de esto se encontró que en aquellos que tenían un padre que delataba preferencia por alguno de sus hijos aumenta 3.09 veces el riesgo de suicidio (Holguín, Rodríguez, Pérez y Valdez, 2013).

El tercer estudio titulado “Estilos parentales como predictores de ideación suicida en estudiantes adolescentes” contó con una muestra de 393 estudiantes de bachillerato mexicanos entre los 15 y 17 años, los cuales 169 eran hombres y 224 mujeres. Los instrumentos utilizados fueron la escala de prácticas parentales para adolescentes (PP-A) y un cuestionario de ocho ítems con preguntas alusivas a quitarse la vida. A partir de los resultados, infirieron que existe una correlación negativa entre la ideación suicida y el afecto, la autonomía y el afecto en las mujeres, al igual que identificaron que el afecto y la comunicación paterna, el control psicológico materno, el afecto materno y el control psicológico materno pronostica en un 57.9 % la ideación suicida en el género femenino. Por el lado de los hombres, se observó que aquellos que fueron enfrentados constantemente a la manipulación y no a normas claras por parte de sus madres, pueden presentar mayores niveles de ideación suicida (Quiroz, Alvarado, Vianchá, Muñetón, Lucero, 2013).

La cuarta investigación fue titulada “Suicidio, vínculos en estudiantes universitarias en Colombia”. En total se contó con una población de 1.055 como muestra con estudiantes de 17 universidades Colombianas entre el rango de edad de 18 a 25 años. Se aplicó un cuestionario validado por siete jueces para identificar la presencia de ideación o intento de suicidio; los vínculos fueron también evaluados con autoreporte, en donde el individuo estudiado debía calificar de 1 a 5 el vínculo. Entre los resultados encontrados se encuentra

que aquellas estudiantes con intento de suicidio e ideación suicida tienen vínculos regulares con la figura paterna en contraste con la figura materna con quien los vínculos son descritos como buenos. Los resultados indican que en aquellas estudiantes que no han presentado ideación o intento suicida o incluso comportamientos autodestructivos, le brindan una calificación muy buena a sus vínculos (Parra, Hincapié y Bernal, 2013).

Para el año 2014 fueron encontradas ocho publicaciones realizadas en países como Malasia, Portugal, México, Chile y Colombia.

Ahora bien, en la Universidad Tecnológica de Malasia Johor Bahru y su estudio titulado “Depresión e ideación suicida en estudiantes universitarios” aplicaron una encuesta mediante un muestreo aleatorio simple con 65 estudiantes de las residencias del campus.

Uno de los objetivos del estudio fue identificar las diferencias que existían entre ideación suicida y depresión según características como el género. Como instrumentos se utilizaron el cuestionario de ideación suicida en adultos (ASIQ) y la escala de depresión en adolescentes de Reynolds (RADS 2). Los resultados indicaron que la depresión entre ambos sexos tiene la misma distribución; sin embargo, en cuanto a la ideación se encontró que era diferente entre géneros, pues los varones presentan mayores puntuaciones que las mujeres. Respecto a la procedencia no se encontró ningún tipo de diferenciación marcada.

Así mismo, encontraron que existe una representativa relación entre ideación suicida y depresión (Mustaffa, Aziz, Mahmood y Shuib, 2014).

Otra investigación realizada en Malasia, esta vez con población también de la India y orientada a la identificación de los factores psicológicos, encontró en oposición de la anterior, la existencia de diferencias según el origen de la muestra, ya que según los

hallazgos los estudiantes indios puntuaron más alto respecto a los niveles de depresión, afectos negativos e ideación suicida que los de Malasia. Aquellos quienes pertenecen a Malasia puntuaron mayor en estrés académico y en desesperanza. Los investigadores usaron instrumentos como la Escala para la Evaluación de Estrés Académico (SAAS), la Escala de desesperanza de Beck (BHS), la Escala de Depresión (DS), la Escala de afecto negativo (NAS) y el Cuestionario de comportamiento suicida (SBQ) en 204 estudiantes originarios de Malasia distribuidos en 63 hombres y 141 mujeres; 200 individuos de la India divididos en partes iguales en ambos géneros, con un rango entre los 15 y 21 años de edad y una media de 18 años. El título asignado a la investigación por los autores fue “Influencia de los factores psicológicos en la ideación suicida entre Adolescente de Malasia y la India”(Khana, Mustaffa, Hamdana y Ahmada, 2014).

Similarmente, se encontró en Portugal que la gravedad de la ideación suicida es más alta cuando los estudiantes están lejos de su hogar natal y viven solos, además que las redes de apoyo tanto familiares como de pares débiles se asocian positivamente con el riesgo suicida. Lo anterior identificado a partir de un cuestionario sociodemográfico y académico del perfil de los estudiantes y como instrumentos validados la escala de satisfacción familiar de apoyo social (SSSS) y el cuestionario de ideación suicida (SIQ). La muestra fueron 1074 estudiantes de una institución de educación superior en Portugal, con edades entre los 17 y 49 años, con una media de 23.9 y con una mayoría de mujeres con el 64.7%. Con riesgo suicida se identificaron 84 de los estudiantes; es decir, el 7.8%. La investigación fue titulada “Ideación suicida en estudiantes universitarios; influencia del apoyo social” (Gonçalves, Sequeira, Duarte y Freitas, 2014).

Desde México, Eguiluz y Mera realizaron una investigación titulada “Medición del riesgo suicida, bienestar psicológico y estructura familiar en estudiantes de primer ingreso a



las carreras de la salud”. El objetivo de esta investigación fue relacionar estas variables en los estudiantes de ingreso reciente a las carreras de Enfermería, Odontología y Psicología. La población muestra fueron 246 mujeres y 83 hombres, la edad promedio fue de 18.9 años; se aplicó un inventario de riesgo e ideación suicida (IRIS), la escala de evaluación de la cohesión y adaptabilidad familiar (Faces IV) y la escala de bienestar psicológico subjetivo (EBPS). Entre los resultados esta que el 87% vive en una familia considerada por la escala como “caótica”, el 7% vive en una familia con límites “flexibles”, el 4% pertenece a familias “estructuradas” y el 1% restante a familias “rígidas”. En cuanto al bienestar, 71 estudiantes percibían su nivel de bienestar muy bajo. Además, se identificó que 8 de los 329, tienen alto riesgo de suicidarse, 11 tienen un alto riesgo de depresión y 10 carecen de factores protectores (Eguiluz, Mera, 2014).

En similitud, la investigación chilena titulada “Percepción de cuidados parentales tempranos en consultantes a salud mental con intento e ideación suicida” realizó con 176 pacientes hospitalizados entre los 14 y 65 años de edad por intento de suicidio diagnosticados con trastorno depresivo mayor ( $n=158$ ), bipolar ( $n=14$ ) o adaptativo ( $n=9$ ). Se encontró que existe un predominio de estilo de constricción cariñosa por parte de la madre ( $n=72$ ) y por la del padre ( $n=47$ ), con similitud de distribución en los vínculos negligentes y óptimos. Se observa además un patrón destacable en cuanto al vínculo paterno, pues al realizar una regresión logística de los datos de los sujetos con intento, muestra que la negligencia del padre aumenta la posibilidad de suicidio, además al comparar todos los vínculos se evidencia la figura paterna como factor de riesgo más fuerte que el de la madre. Para lograr estas premisas se utilizaron La Escala de Riesgo Rescate y la de Intención Suicida para y el instrumento Parental Bonding Instrument (PBI) (Morales, Armijo, Moya, Echávarri, Barros, Varela, Sánchez, 2014).

Por el lado de la intervención, el artículo “Búsqueda de ayuda y utilización de servicios de salud mental entre los estudiantes universitarios con antecedentes de ideación suicida” encontró que a partir de 158 estudiantes universitarios con antecedentes de ideación suicida, 151 habían sufrido alguna vez de episodios de angustia, el 62% experimentó el primer episodio en la adolescencia y el 54% tienen episodios tanto en la adolescencia y la edad adulta. Por asistencia de la universidad, el 87% recibió ayuda informal, 73% recibió tratamiento formal y el 61% recibió ambos. Entre los 149 que alguna vez buscó ayuda, se encuentra que las fuentes más frecuentes de ayuda eran la familia (65%), los amigos (54%), los psiquiatras (38%), y los psicólogos (33%). Como principal conclusión se encontró que la familia y los amigos son un mediador importante para facilitar el acceso al tratamiento (Arria, Winick, Garnier-Dykstra, Vincent, Caldeira, Wilcox, O'Grady, 2014).

En Colombia, el estudio titulado “Orientación al suicidio en adolescentes en una zona de Medellín, Colombia” con el uso de instrumentos como el Inventario de orientación suicida (ISO); Inventario de depresión en niños y adolescentes (CDI-LA); ¿Cómo es tu Familia?; Entrevista Diagnóstica Internacional Compuesta (CICI II) y el Apgar familiar sobre una muestra de 604 estudiantes, 290 de género masculino y 314 de género femenino con una media de edad de 14 años. Los resultados mostraron que 11.3% de los jóvenes se encontraban en nivel alto de ideación suicida; es decir, 68 personas. Se concluyó además, que las variables que mejor predicen la aparición de la ideación suicida son el grupo de edad entre los 11 y 14 años, el ánimo negativo, la ineffectividad, la anodinia, la autoestima negativa, poco apoyo, pocos valores morales, acumulación de tensiones y la disfunción familiar (Paniagua, González, Rueda, 2014).

Otra investigación realizada en Colombia fue la titulada “Análisis Cuantitativo de las Noticias acerca de la Violencia Autoinfligida, publicadas en un diario local del Quindío, Colombia, entre el 2010 y 2012”, tuvo como objetivo determinar si las noticias de suicidio publicadas siguen las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud para el manejo del fenómeno en los medios de comunicación. En el trabajo se consultaron los ejemplares de las publicaciones impresas y virtuales entre el 2010 y 2012, para un total de 111 noticias de los 1.095 días examinados. Llegaron a conclusiones como: el mayor porcentaje corresponde al año 2011 con 45.1% (50 casos), Armenia con el 43.2% de los reportes. La publicación ocurre uno o dos días después del suceso, además, el 82% fueron hombres y el 18% por mujeres así como el 24.3% correspondía a personas menores 25 años de edad (Giraldo, Jaramillo y Soto, 2014).

Continuando, para el año 2015 se identificaron cinco estudios, realizados en Estados Unidos, México y Colombia.

El primero de ellos titulado “La vida y la muerte en la familia: la muerte de los padres temprano, el nuevo matrimonio de los padres y los hijos el riesgo de suicidio en la edad adulta”, se determinó a partir de los datos poblacionales de Utah, Estados Unidos, con una muestra de 663.729 personas en donde además hubo 4.533 suicidios, se encontró que cuando uno o ambos padres mueren en los primeros años de vida, puede esto llegar a ser un factor de riesgo para la consumación del suicidio después de los 18 años, de igual manera que se incrementa cuando no se vive con ninguno de los padres biológicos. Además se encuentra que los padres que se vuelven a casar indican mayor adaptación a la vida, lo cual es un factor protector contra el suicidio. Para la metodología se usó el CIE, para determinar que la muerte fuera suicidio, se identificó la muerte-vida temprana de los padres a partir de la muerte de estos y el nacimiento del sujeto, además el nuevo matrimonio del padre viudo

solo se consideró si lo hacía antes del 18 de alguno de sus hijos (Hollingshaus, Smith, 2015).

Por el lado de México se encontraron dos investigaciones, la primera titulada “Ideación y tentativas suicidas en estudiantes del nivel medio del estado de Guanajuato, México”. El estudio contó con 3249 estudiantes, de los cuales 1579 fueron hombres y 1670 fueron mujeres con una edad promedio de 13 años. Los instrumentos fueron una ficha de datos socio demográficos, la escala de ideación suicida y la cedula de conducta suicida (CCS). A partir de esto, lograron identificar que el 8.4%; es decir, 274 jóvenes atravesaban por ideación suicida, con mayor presencia en mujeres.

Con respecto a la conducta suicida tentativa en algún momento de la vida, se identificaron 404 estudiantes; es decir, el 12.4% presentándose nuevamente en mayor proporción en el género femenino. Ahora bien, por el lado de los motivos tanto de la ideación y la tentativa fueron los siguientes en orden de mayor presencia: el 45.8% afirmo problemas familiares, el 42.3% lo atribuyo a la soledad, tristeza o depresión (42.3%), el 31.7% al enojo o coraje, el 31.7% a la incomprensión de la familia, el 25.5% a problemas con amigos y el 23.3% a problemas con la pareja (Chávez, González, Loya, Vega, Tapia, 2015).

La segunda investigación contó con la participación de 102 estudiantes universitarios de primer, tercero y quinto semestre de educación especial y ciencias de la familia, siendo el 94% mujeres y el 6% hombres entre los 17 y 40 años. Los instrumentos fueron la escala de ideación suicida de Beck, Kovacs y Weissman, la escala de funcionamiento familiar de Garcia-Mendez, Rivera-Aragon, Reyes-Lagunes y Diaz-Loving y la escala de diferenciación familiar de Quintl-Melendez. A partir de esto, se encontró que no existe relación entre el funcionamiento familiar y la ideación suicida; sin embargo, sí lograron

identificar que existe una relación entre la ideación con algunos aspectos de la familia, como lo son el ajuste y desajuste, la hostilidad y la evitación del conflicto, la individuación y la cohesión así como la trasmisión de roles. El título final de la investigación fue “Ideación suicida y su relación con el funcionamiento familiar y diferenciación familiar en jóvenes universitarios tlaxcaltecas” (Quitl, Nava, 2015).

En cuanto a lo realizado en Colombia se encuentra el estudio titulado “Factores asociados a ideación suicida en universitarios”, en donde contaron una población de 120 estudiantes universitarios colombianos entre los 18 y 24 años de edad. Los instrumentos utilizados fueron ficha sociodemográfica, la escala de eventos vitales estresantes para adolescentes (EEVA-Udenar), la Escala de Zung para depresión (SDS), el Cuestionario de dependencia emocional (CDE), la Escala de impulsividad de Barratt (BIS-11) y el Inventario de ideación suicida positiva y negativa (PANSI).

A partir de los instrumentos anteriores lograron identificar que el 23% presentaba ideación con mayor número de presencia en mujeres. Encontraron que la mayoría se encontraba viviendo en unión libre y que la ideación suicida es mayor en aquellos que presentaban depresión moderada. Además, quienes han presentado eventos como vivir lejos del hogar, peleas con un ser querido, enfermedades graves, dificultades con el alcohol o drogas, personas allegadas con dificultades emocionales y psicológicas o maltrato físico o intrafamiliar, puntuaban con mayor nivel en la ideación suicida (Macias, Camargo, 2015).

En continuidad la segunda investigación encontrada en Colombia se realizó con 100 estudiantes universitarios aplicando un cuestionario que incluía la información sociodemográfica, esfera de las relaciones, comportamientos suicida y conductas u omisiones que pusieran en riesgo la vida. Las edades de la muestra variaron entre los 18 y

24 años. Respecto a resultados el 16% de los encuestados puntuó con ideación suicida, con una mayor proporción en las estudiantes mujeres menores de 21 y pertenecientes al programa de psicología con estado civil soltera, sin actividad laboral, con hermanos y con ambos padres vivos pero divorciados. De igual forma, por cada estudiante de ingeniería o administración con ideación había 2.6 estudiantes de psicología. Se encontró que las personas con mayor ideación no tenían buena relación con el padre, la madre, hermanos y consigo mismo. Además, se evidenciaron diferencias significativas respecto a la buena relación con padre y consigo mismo, el título del estudio es “Ideación suicida y factores asociados en jóvenes universitarios de la ciudad de Medellín” (Blandón, Carmona, Mendoza, Medina, 2015).

Para cerrar este apartado, se presentaron 26 estudios, los cuales servirán como referente para alcanzar la consolidación científica en la importancia de la ejecución del proyecto de grado llevado a cabo por Acevedo Claudia y Jaramillo Maria. Resumiendo, según la recopilación de antecedentes descritos se identifica en todos los resultados y conclusiones la relación positiva existente entre la relación emocional que se tenga con los padres y la ideación suicida de las personas participantes en la muestra; por consiguiente, una relación negativa entre la ideación y los vínculos con padres, determina entonces que este tipo de relación con las figuras de apego puede llegar a participar tanto como un factor protector como factor de riesgo dentro de un sujeto.

### **Marco teórico**

La ideación suicida es considerada como un fenómeno no solo de impacto familiar, sino también social; es decir, un problema de salud pública que afecta a la población en

general, desde la infancia, la adolescencia hasta la adultez temprana y tardía. Esta problemática social se constituye como un riesgo para la población que afecta a nivel departamental, nacional y mundial; por lo tanto, para contribuir a través de conocimiento científico a la comprensión de la problemática a nivel Quindío, este proyecto de investigación abordará la temática desde la siguiente perspectiva “Relación entre los estilos de apego y la ideación suicida en estudiantes de una universidad privada de Armenia, Quindío, 2016”.

De acuerdo a la temática planteada, es pertinente mencionar el interés que distintos campos del saber y enfoques de la psicología tienen debido a la prevalencia actual y a los diferentes cuestionamientos sobre la problemática pública que actualmente se presenta; por esta razón, tal fenómeno es abordado y contextualizado por los alcances teóricos y metodológicos de cada enfoque. De ahí, se debe precisar que este trabajo tiene en cuenta la postura teórica del enfoque cognitivo, así como el desarrollo del apego del individuo hacia sus padres y la presencia de la ideación o pensamientos suicida en personas que se hallen dentro de las etapas de la adolescencia y la adultez temprana.

Ahora bien, es pertinente remitirse a las teorías planteadas por diferentes autores de corte cognitivo o teorías que posteriormente fueron la base para el uso de este enfoque. Entre los más destacables en relación al apego se encuentra J. Bowlby, M. Ainsworth y V. Guidano, quienes realizaron grandes aportes a la teoría del apego siendo esta una de las construcciones teóricas más fuertes e importantes acerca de todo lo que se relaciona con el desarrollo socioemocional del individuo. Bowlby a pesar de ser de corte psicoanalítico fue el primero en considerar la importancia que tiene el apego entre madre e hijo, señalando que esto era un amor interesado que se genera a partir del deseo del bebe de satisfacer sus

necesidades alimenticias, lo que podría denominarse como un comportamiento adaptativo del bebe frente a la vida (Oliva, 2004).

“Bowlby (1969) basándose en la teoría de los sistemas de control planteó que la conducta instintiva no es una pauta fija de comportamiento que se reproduce siempre de la misma forma ante una determinada estimulación, sino un plan programado con corrección de objetivos en función de la retroalimentación, que se adapta, modificándose a las condiciones ambientales” (Oliva, 2004).

El autor también señala que el apego es una forma de imaginar la preferencia que tiene los seres humanos a formalizar fuertes vínculos afectivos con otros individuos particulares, así como de dar explicación a diferentes maneras de trastornos emocionales, alteraciones de personalidad que incluye la ansiedad, la ira, la depresión además de el apartamiento emocional, todo esto como causa de la separación involuntaria y la pérdida de seres queridos (Bowlby, 1986 citado por Eyrás, 2007).

La teoría planteada por Bowlby postula cuatro importantes sistemas de comportamientos que se relacionan entre sí; el primero es el sistema de conducta de apego, el cual hace referencia a los comportamientos de cercanía y el contacto con las figuras de apego manifestándose mediante sonrisas, llanto y contacto físico entre otros. Este sistema se precipita cuando la distancia con la figura de apego se hace mayor o cuando una imagen extraña entra en el contexto del menor, produciéndole sensación de peligro o amenaza, como resultado de esto se activa la necesidad de proximidad con la figura de apego (Oliva, 2004).



El segundo es el sistema de exploración, el cual se relaciona con el anterior toda vez que cuando la conducta de apego se activa, la exploración del entorno se restringe. El tercero es el sistema de miedo a los extraños, este tiene mucho que ver con los sistemas anteriores puesto que se supone que con su aparición se disminuyen las conductas exploratorias y el incremento de las conductas de apego. El cuarto es el sistema afiliativo, este consiste en el interés por mantener la proximidad y la interacción con los demás, incluso con quienes no se han instaurado vínculos afectivos (Oliva, 2004).

De manera que, no se trata de un mero instinto que se manifiesta siempre de forma regular ante la presencia de un determinado estímulo o señal; el apego hace referencia a una serie de diferentes comportamientos que se activan o desactivan de igual manera que la morfología e intensidad de sus apariciones, lo que dependerá de los diferentes factores ambientales y personales (Oliva, 2004).

En cuanto a la teoría planteada por M. Ainsworth, ella propone que el tipo de vínculo que se establece entre padres e hijos depende esencialmente de la sensibilidad y la inteligencia que estos tienen para responder a las necesidades del menor y por supuesto de satisfacerlas. Como resultado de un estudio realizado a los Ganda en Uganda por dicha autora, se reveló la importancia que la sensibilidad de la madre tiene en función del desarrollo del apego del menor.

De acuerdo a lo anterior, M. Ainsworth propuso tres tipos de apegos:

*Niños de apego seguro:* Lloran poco, de actitud tranquila y feliz al explorar el entorno en presencia de la madre (Oliva, 2004).

*Niños de apego inseguro:* Constantemente lloran, inclusive en brazos de la madre (Oliva, 2004).

*Niños sin aparente apego:* Sin comportamientos diferentes hacia sus padres (Oliva, 2004).

Más adelante en el tiempo la autora diseñaría la teoría de la situación del extraño, la cual se basa en una situación experimental de laboratorio donde el infante se ve expuesto a vivenciar diferentes momentos ante una persona extraña, inicialmente la madre y el hijo entran en el laboratorio donde el niño tiene la posibilidad de explorar diferentes objetos al tiempo que comparten el espacio con una persona extraña, luego la madre abandona el cuarto dejando al niño con el extraño. Seguidamente, la madre entra nuevamente pero esta vez saldrá de nuevo de lugar ahora acompañada por la persona extraña quedando solo el niño; el resultado de dicha observación fue que el menor exploraba y jugaba más al encontrarse en compañía de la madre y que este comportamiento disminuye en la medida que la persona desconocida se encontraba presente, más aún cuando la madre se ausentaba del lugar (Oliva, 2004).

Entre tanto, los resultados le permitieron a la autora concluir que el menor considera a la madre como una base segura para la exploración y que ante la percepción de cualquier figura desconocida o amenazante se activa el comportamiento de apego desapareciendo el deseo exploratorio. Por lo anterior mencionado y como resultado se observaron diferentes respuestas en el comportamiento de los menores, lo que permitió llegar a la descripción más amplia de los tres tipos de apego previamente señalados:

### **Niños de apego seguro (B)**

Los niños de este estilo de apego son aquellos quienes estando dentro del laboratorio usan a la madre como punto de partida para empezar a explorar, al salir esta del lugar los comportamientos exploratorios disminuyen afectando su estado de ánimo; por el contrario al regresar esta figura, el niño cambia la actitud a una clara y expresiva alegría

acercándose inmediatamente a ella en busca de contacto físico durante un corto tiempo para luego continuar con la exploración (Oliva, 2004).

De acuerdo a las observaciones realizadas por la autora en los hogares de los niños tipo B, encontró que las madres eran personas sensibles y siempre respondían a las necesidades o llantos del niño, disponibles en todo momento para ellos; lo que genera un alto grado de confianza y protección en ellos, por consiguiente, ante la situación del extraño se atrevía a continuar con la exploración. Entre tanto, el comportamiento de estos niños se basa en llorar poco en casa y usar a su madre como escudo protector en la conducta exploratoria, lo que es considerado por M. Ainsworth como un apego sano (Oliva, 2004).

#### **Niños de apego inseguro-evitativo (A)**

Niños con actitud de aparente independencia ante la situación del extraño, su comportamiento en todo momento fue exploratorio sin tener en cuenta la presencia o no de la madre en el lugar; es decir, no la toman como base segura, no se afectan si esta sale o entra del lugar, de igual manera no le prestaban interés al contacto físico con la madre y por el contrario tienden al rechazo de la misma (Oliva, 2004).

Se podría pensar que este es un estilo de apego sano; no obstante Ainsworth llegó a la conclusión que estos niños realmente presentaban vacíos emocionales debido a que su desapego se asimila al que presentan los menores que habían vivenciado separaciones tristes. El tipo de madre en este caso son aquellas que rechazan y presentan cierto grado de insensibilidad ante las demandas y llamados del menor (Oliva, 2004).

Cuando los niños fueron observados dentro del contexto familiar por la autora, lo que esta encontró fueron niños angustiados por la proximidad con la madre presentando llanto frecuente con la salida de esta figura del lugar. Por lo tanto, M. Ainsworth señala esto como el fenómeno en el cual el niño entra en la situación del extraño y entiende que no

cuenta con el apoyo de la madre a lo que reacciona de manera defensiva, manejando pues una postura de independencia y negando al mismo tiempo la necesidad de la madre para eludir frustraciones. Incluso estos menores llegan a ignorar la presencia de la madre cuando esta regresa a la habitación, pretendiendo no tener sentimiento alguno hacia ella (Oliva, 2004).

### **Niños de apego inseguro-ambivalente (C)**

Niños altamente intranquilos por saber en dónde están sus padres; por lo tanto su exploración en la Situación del Extraño es muy poca, de manera que cuando las madres salían del cuarto estos menores se inquietaban bastante. No obstante, al regresar presentaban sentimientos ambivalentes como rechazo o deseo de acercamiento hacia ellos (Oliva, 2004).

En cuanto a la observación realizada dentro de los hogares de estos niños se encontró que las madres actuaban inconscientemente; es decir, algunas veces respondían ante las demandas del menor de forma cálida y sensible mientras en otras ocasiones era totalmente desentendidas e insensibles, lo que genera en el niño un sentimiento de inseguridad frente a sus madres (Oliva, 2004).

Por otro lado, el autor V. Guidano (1999) señala que “los procesos de apego y la construcción del sentido de sí mismo es muy importante en el desarrollo humano”. Una particularidad de dicho apego es el proceso autorreferencial, lo que ayuda a formar de manera permanente, duradera y constante en el individuo el sentido de sí mismo a lo largo del tiempo; de acuerdo a la relación y forma de expresar emociones, los padres pueden facilitar la reedificación de la persona; es decir, la actitud de estos es muy importante en todo el proceso que le permitiría el desarrollo y la adquisición de características y cualidades que lo distinguirán como ser humano (Bergeret, 2001).

Entre tanto el menor desarrolla una autoimagen que parte de sus figuras primarias, lo cual le facilita la coordinación y la orientación en el desarrollo de factores emocionales y cognitivos hasta que el menor logra conocerse a sí mismo, partiendo de la autoimagen que genero a partir de sus figuras primarias. Al llegar a la edad de dos años y dos años y medio aproximadamente, el niño ya posee una autoimagen totalmente independiente del otro lo que se conoce como “las organizaciones centrales del apego” (Bergeret, 2001).

La teoría del apego ha despertado el interés de diferentes autores debido a su importancia en el desarrollo del menor y sus posteriores resultados, tal es el caso de la alumna de M. Ainsworth, Patricia Mckinsey Crittenden, quien se interesó por el estudio de las categorías propuestas por Ainsworth pero en niños mayores:

### **El apego evitante (A)**

Los enumero desde A1 hasta A4. A.1- A.2 son evitantes inhibidos, lo que se traduce en niños que permanecen aislados, evitan contacto con los padres, hablan poco o nada, no expresan sentimientos como la angustia, la ansiedad o la desesperación. Los A.3 son cuidadores compulsivos, esto hace referencia a los niños cuidadores de los padres con atenciones y cuidados físicos tomándose el deber de complacer a sus padres o figuras de apego, además de no generar problemas o inconvenientes todo con el fin de que estos se sientan motivados para interactuar con el menor. Los A.4 son los compulsivos complacientes, los cuales son niños que nunca exteriorizan sus verdaderos sentimientos, buscan estar siempre de acuerdo con los padres o con sus figuras de apego intentando corresponder a las expectativas de estos en todo momento (Bergeret, 2001).

Por consiguiente, se requiere de un patrón de padres específico con el fin de que los niños desarrollen el tipo de apego evitante; es decir, estos padres son rechazantes sobre todo cuando el menor expresa sus problemas o dificultades, carencias y más aún cuando este

pide algún tipo de ayuda ante sus necesidad o inconformidad; por el contrario, sucede que este tipo de padres se tornan muy tolerantes cuando sus hijos no generan problema alguno; entre tanto las organizaciones de significado personal los tipos de apego inhibido y cuidador compulsivo se encuentran particularmente en los significados depresivos, mientras que el tipo de apego compulsivo complaciente se encuentra en los trastornos alimentarios (Bergeret, 2001).

### **Tipos de apego ambivalentes con estrategia coercitiva (C)**

Se ordenan clínicamente desde el C.1 hasta la subcategoría C.6; en este tipo de apego, los padres son muy atentos y protectores, además, en todo momento están advirtiéndolo al niño que el mundo es muy peligroso y que por lo tanto necesitan del cuidado y la protección de ellos. Los C.1 son hiperactivos, por lo tanto es imposible dejarlos solos ya que podrían destruir todo a su alrededor rápidamente. Los C.2 son los niños desarmantes, lo que se traduce en menores manipuladores que exigen la atención de los padres en el preciso momento que él lo desee. Tanto el C.1 como el C.2 quieren tener el control total de la relación con sus padres, lo que resulta en niños hipocondriacos. Además de esto, ante la falta de control del adulto el niño activa su ansiedad y se desestabiliza presentando ataques de pánico. Existen 4 tipos más de coercitivo, los agresivos (C.3), los indefensos (C.4), los punitivos (C.5) y los seductores (C.6) (Bergeret, 2001).

### **Tipo de apego niños seguros (B)**

Los niños con este tipo de apego no presentan dificultad alguna ni con alejarse y mucho menos en acercarse a sus figuras parentales, así como tampoco manifiestan inconvenientes en la relación con los padres, quienes permanecen alertas y cuidadosos a las expresiones y mensajes del menor. Por lo tanto, un niño con tipo de apego seguro (B) posee conocimiento para pronosticar y transmitir de forma clara y valiosa mensajes

interpersonales, generando significados no solo cognitivos sino también afectivos (Bergeret, 2001).

### **Tipo de apego niños desorganizados (D)**

Estos niños son considerados por el autor como niños desorganizados o desequilibrados, esto a partir de la comparación que realiza entre estos niños y los menores de apego seguro (B), quienes serán pues los niños de forma organizada de acuerdo al autor (Bergeret, 2001).

En relación con lo anterior, es importante tener en cuenta los aportes teóricos del autor Guidano V. (1987) en los cuales hace referencia a la “organización de significado personal” (O.S.P) lo que se traduce como el acoplamiento concreto del individuo de los procesos ideoaffectivos que le facilitan a cada persona conservar y mantener su sentido de unidad personal y de continuidad histórica (Perfetti, 2002); al igual que los diferentes cambios o alternativas a los que se enfrenta este individuo durante la evolución de su ciclo vital. El autor señala que en la formación de cada aspecto relacionado a la O.S.P se debe partir desde la predisposición genética, la motivación instintiva como sistema comportamental así como los diferentes estilos de apego.

Al respecto conviene decir que los estilos de apego se generan a partir del vínculo con los padres y desde este punto pueden ser explicados y entendidos, dado que el significado personal refleja el patrón de la organización emocional y psicofisiológica del individuo; es decir, partiendo del tipo de vinculación afectiva que los jóvenes mantienen con sus padres es factible determinar su postura frente a la vida y a los diferentes sucesos de la misma (Guidano, 1987 citado por Oneto y Moltedo, 2002).

De igual manera, es importante tener en cuenta autores como Badwin y Baumrind (citados por Palacios, 1991), quienes señalan que todos los padres poseen diferentes formas

de educar a sus hijos; por lo tanto, estos autores refieren que existe cuatro dimensiones importantes donde los padres poseen puntos de vista opuestos en lo que a la crianza se refiere, estos son el grado de control, la comunicación padres-hijo, las exigencias de madurez y el afecto en la relación. Como resultado de la integración de estas cuatro dimensiones surgen tres tipos de padres: padres autoritarios, padres permisivos, padres democráticos (Palacios, 1991). Estas dimensiones marcarían entonces el desarrollo del individuo y se constituirá como una influencia en la toma de decisiones, en la manifestación de las emociones y en la manera como se desenvuelven dentro de la sociedad.

En cuanto a la organización del significado personal del estilo de apego y su influencia en el desarrollo de sí mismo, el autor señala que esta organización se lleva a cabo de forma particular para cada persona desarrollándose de manera estructurada para conservar la coherencia interna y de igual manera perdurar a lo largo del ciclo vital de la persona; así mismo, es importante determinar en qué momentos se puede desequilibrar dicha organización del significado dando como resultado un trastorno psicológico (Bergeret, 2001).

De acuerdo a lo anterior, el autor señala que la organización del significado personal depresiva se generan a partir de padres entendidos como “indiferentes o rechazantes”; por consiguiente, el menor presenta un sentimiento de privación emocional esto como consecuencia de una pérdida real; es decir, la muerte vivenciada durante los primeros ocho años de vida de uno de sus dos padres; no siendo la pérdida en sí lo que le genere dolor al menor sino que por el contrario el malestar es experimentado como sentimiento de culpa por considerarse ahora una carga para la madre o el padre quien tendrá que luchar sola(o) con la obligación de un hijo (Bergeret, 2001).



Generalmente, este tipo de familia suele ser evitante que posee “transmisión intergeneracional de los patrones de apego” por lo tanto se dice que esto no es transmitido genéticamente sino que más bien esto es un proceso aprendido, entonces se podría decir que padres depresivos generaran hijos depresivos, lo que se constituye como otro tipo de patrón dentro de la organización personal. Cuando el padre se encuentra en el estado depresivo posee la tendencia a presentar consumo de SPA o de alcohol, lo que lo lleva a tener una actitud desafiante y maltratadora con sus hijos despertando en ellos aún más el sentimiento de abandono y rechazo (Bergeret, 2001).

El niño depresivo o con tendencia a la depresión manifiesta no sentir miedo a la soledad puesto que siempre desde su infancia se ha sentido solo, debido a que los padres, nunca los sintió a su lado. Es importante aclarar que el niño fóbico si siente temor a la soledad más porque la percibe como un abandono, además que lo acompaña la idea que otras personas no puedan ayudarlo dado el momento; no obstante este miedo es solo vivido en su imaginación y no en la realidad (Bergeret, 2001).

Al respecto conviene decir que los niños con patrón de apego coercitivo con “organización del significado personal fóbico” poseen una percepción del mundo como peligroso, creencia que la familia refuerza constantemente con la transmisión de ideas al menor como que el peligro lo rodea, viviendo como si estuvieran en constante peligro; es decir, toman precauciones de todo tipo por si cualquier eventualidad o calamidad llegase a ocurrir, generando una necesidad y una dependencia a los adultos. Así mismo, le hacen sentir al menor que todo ser humano se encuentra susceptible a experimentar este tipo de situaciones llegando a la actuación que se vive de milagro en un universo malvado (Bergeret, 2001).

Existen pues dos tipos de familias fóbicas: una de ellas es el tipo de familia que genera el fóbico activo; este niño es el centro de atención de la familia, es el niño amado incluso lo sigue siendo por el resto de la vida llegando a la adultez con una madre que le realiza todo a su hijo, una madre preocupada de su alimentación vestido y demás. Como consecuencia del amor desmedido de sus padres ellos hacen lo que el hijo desea. El otro tipo de familia es la que genera fóbicos pasivos, en donde uno de los dos padres se comporta como una persona que padece una enfermedad crónica con la intención de manipular al hijo y obstaculizarle cualquier tipo de autonomía que este pueda tener, así como le frustra su deseo de curiosidad y cuando esta es bloqueada condicionara la forma de actuar del niño dentro del mundo de manera restringida (Bergeret, 2001).

De igual manera encontramos a “personas con organización de significado personal de los trastornos alimentarios psicógenos” quienes son conocidos como “dápicos” y hoy en día se constituidos como la organización de significado personal más frecuente. Este tipo de personas suelen mirar al otro como un espejo de sí para poder darse cuenta de quién es él en realidad; es decir, solo se reconoce a sí mismo en la medida que los demás se comportan con él o como los califiquen (Bergeret, 2001).

Por lo tanto, la familia posee patrones vinculares importantes en el desarrollo de niños con rasgos dápicos, estas familias presentan un estilo de apego evitante compulsivo complaciente y por consiguiente este niño tendrá la tendencia a mantener un acercamiento emocional con sus padres estable y seguro; sin embargo para lograrlo debe llenar y mantener las expectativas de los padres, esto con el fin de lograr construir la identidad de sí mismo sobre los criterios de los padres lo que en el futuro le permitirá adquirir un sentido de correspondencia con los padres, si esto llegase a cambiar el niño quedaría desubicado en cuanto a su sentimiento de capacidad, del ser querido y/o aceptado (Bergeret, 2001).

Las madres dápicas se caracteriza por dar la imagen de madres perfectas, no obstante esta perfección no radica en el cuidado y el afecto que puedan dar a sus hijos, la intención real de este tipo de madres se basa en proyectar una imagen de perfección únicamente. Este tipo de familia vive aparentando ser la familia más feliz del mundo, la que no presenta ningún tipo de dificultades y no expresan opiniones individuales, por lo tanto estas deben de ser compartidas o colectivas. Otro aspecto importante de este tipo de padres es la forma de conseguir que sus hijos realicen todo cuanto ellos desean y esto lo hacen a través de la amenaza y el chantaje de que si el niño no realiza lo que el padre le demanda este dejara de amarlo y lo abandonara, lo que sucede de verdad, pues es común encontrar padres dápicos que dejen de hablarle a sus hijos por periodos de tiempo cuando estos no llevaron a cabo lo que el padre les pedía, además de chantajearlos con decirles que ya no los amaran por no haberse comportado como ellos deseaban (Bergeret, 2001).

Entre tanto, la característica principal en este tipo de familias dápicas es la ambigüedad que se da en todos los niveles, así como la imagen que se proyecta ante las demás personas se constituye como un elemento muy importante para este tipo de familias. Como resultados clínicos de estos niños en el futuro se puede encontrar problemas alimenticios como por ejemplo: bulimia, anorexia (variante activa) y obesidad (variante pasiva) (Bergeret, 2001).

De otro lado se encuentra las “personas con organización de significado personal obsesivo” cuyas familias poseen características muy peculiares que se combina de diferentes maneras en cada caso, la característica más sobresaliente es la ambivalencia en el sentimiento al menos con uno de sus padres; es decir, el hijo piensa en un 50% que el padre lo ama pero al mismo tiempo y con el otro 50% restante siente que el padre lo odia. Entre tanto el padre obsesivo es aquel quien se dedica de lleno a la crianza de su hijo convirtiendo

este tiempo en una total tortura para el menor, pues este no posee una tendencia emocional natural sino que lucha por obtenerla imponiéndosela a sí mismo y como resultado de ello resulta una actitud forzada y poco creíble para el niño, lo cual este no lo sabe interpretar pues por un lado siente que el padre realiza un gran esfuerzo estando con él y compartiendo y por otro lado piensa que es un buen padre por dedicarle tiempo (Bergeret, 2001).

En consecuencia con lo anterior y con el interés de dar mayor claridad a la teoría en relación con el tema eje central de esta investigación, es importante tener en cuenta otros aportes desde la psicología cognitiva como lo son los pensamientos automáticos, las creencias, las distorsiones cognitivas, las reglas, los esquemas, el pensamiento y el comportamiento suicida, así como aspectos sociales y emocionales en los jóvenes que presentan ideación suicida. Entre tanto las creencias en cuanto a las demás personas y al entorno se van desarrollando desde la infancia, se habla de dos tipos de creencias las cuales son:

**Creencias centrales.** Son las más elementales y las más recónditas, son las que los individuos consideran como una “verdad absoluta” (las cosas son así porque sí) así como las más generalizadas y estrictas; por lo tanto se consideran como esenciales (Beck, 1995).

**Creencias intermedias.** El desarrollo de estas creencias intermedias se encuentra influenciado por las creencias centrales, este nivel se encuentra basado en actitudes, reglas y presunciones que generalmente no son exteriorizadas. De igual manera, también tiene influencia acerca de la manera como el individuo percibe sus determinadas situaciones, generando una modificación en el pensamiento, en las emociones y en su comportamiento (Beck, 1995).

En consideración con el planteamiento teórico de A. Beck los pensamientos automáticos son las imágenes involuntarias que aparecen de forma automática, lo que se

dice es un resultado de los esquemas del individuo (Beck, 1976), así mismo, estos pensamientos tienen que ver con las imágenes y las palabras que el individuo tiene en su mente; este tipo de pensamientos se generan de forma determinada para cada ocasión, instaurándose como el tipo de pensamiento más superficial de la cognición (Beck, 1995).

Entre tanto, las distorsiones cognitivas son aquellas desfiguraciones de la realidad, lo que conlleva a la persona a conclusiones equivocadas y distorsionadas. Estas distorsiones se subdividen en inferencia arbitraria, abstracción selectiva, sobre generalización, magnificación y minimización, personalización, pensamiento absolutista, dicotómico, evaluaciones incorrectas y actitudes disfuncionales sobre el placer versus el dolor. En cuanto a las reglas se dice que son patrones cognitivos, que señalan la manera de cómo se deben comportar las personas frente a diferentes situaciones; mientras que los esquemas se forman a partir de la experiencia (Gabediles, 2009).

Ahora bien, como una consecuencia de lo planteado anteriormente se puede generar en los individuos una situaciones de crisis tal y como lo destaca el autor Karl A. Slaikeu (1996), quien señala que la crisis es un momento en el que todo se encuentra al límite y en donde se generan una serie de sentimientos tales como la desesperación, el negativismo, el sentimiento de peligro y la desorganización del pensamiento lo que se constituye como manifestaciones comunes de las situaciones o etapas de crisis del individuo, según Holmes y Rahe (1967, citados por Slaikeu, 1996) la crisis vital es la acumulación de sucesos.

De manera que la crisis se caracteriza por un aletargamiento en la capacidad de resolución de conflictos, entre tanto se puede definir como un “estado temporal de trastorno y desorganización caracterizado principalmente por una incapacidad del individuo para manejar situaciones” (Slaikeu, 1996); es decir, el sujeto se ve imposibilitado en la resolución de problemas como lo hacía antes de vivenciar la situación de crisis, por

consiguiente, la resolución inadecuada de una crisis puede generar o resultar en deterioro psíquico a largo plazo (Caplan, 1964 citado por Slaikeu, 1996).

De otro lado, Taplin (1971, citado por Slaikeu, 1996) señaló que la persona pasa por una transgresión de sus probabilidades en cuanto a su vida como consecuencia de un evento traumático, así como de su incapacidad de manejar su mapa cognoscitivo para sobrellevar nuevas y difíciles situaciones de la vida; por lo tanto las grandes dificultades, los problemas sin aparente solución y las tensiones que se presentan en determinados momentos de la vida hacen que algunas personas no logren tramitar dichas situaciones y en vez de encontrar una solución a estas crisis lo que resulta es la búsqueda de un medio de escape; como lo es por ejemplo el daño físico, la ideación suicida y el suicidio entre otros.

En relación con lo anterior se dice que universalmente existen sucesos catastróficos que generalmente son disparadores de la crisis; dentro de estos eventos se pueden nombrar una muerte inesperada de un ser querido, un divorcio o separación, un hecho que trasgreda a la humanidad de la persona como violación, maltrato físico o psicológico; por lo tanto toda persona está expuesta a vivenciar en cualquier momento de su vida cualquier acontecimiento que lo lleve a experimentar una situación de crisis generando en él una gran desorganización emocional y alteración para la resolución del problema (Slaikeu, 1996).

Existen pues dos tipos de crisis la primera de ellas es la crisis de tipo circunstancial; es decir, aquella que sucede de forma inesperada o accidental siendo principalmente los factores ambientales los disparadores de la misma, por ejemplo un terremoto, una inundación, un ataque físico o la muerte de un ser querido, una enfermedad inesperada, el divorcio, o el abandono de uno o de ambos padres, la guerra y/o hechos relacionados con esto, etc. Es así como, en este tipo de crisis la edad del individuo o la etapa de la vida en la

que este se encuentre, presenta poco o nada de relación con el factor precipitante (Slaikau, 1996).

De otro lado, se encuentra la crisis del desarrollo lo que tiene que ver con el paso entre una etapa del desarrollo y otra que van desde la infancia hasta la senectud (Slaikau, 1996), de acuerdo a esto es necesario mencionar que cada etapa del desarrollo se vincula con algunas tareas del crecimiento y cuando por algún motivo se presenta alguna dificultad en el desarrollo de alguna de ellas es cuando sobreviene la crisis. Lo que desde la teoría se puede describir como una crisis predecible, pues se conoce con anterioridad esto como consecuencia a las etapas decisivas que la persona debe de afrontar a lo largo de la vida.

Sumado a lo anterior se puede decir que los sucesos precipitantes de la crisis de desarrollo se encuentran dentro de “los procesos de maduración” (Slaikau, 1996); procesos como la niñez en donde la socialización, la relación con sus padres, amigos, la aceptación de logros y fracasos en la escuela son pasos decisivos para el sano desarrollo del menor, entre tanto cada logro que se alcance en esta etapa de la vida se dice que es muy decisivo para el progreso exitoso lo que le va permitir avanzar a la próxima etapa.

En segundo lugar se encuentra la adolescencia en esta etapa se presentan los temas relacionados con la profesión, los valores y la intimidad; además de ser una lucha constante por la autoafirmación en la forma en la que se establecerá la personalidad. Siendo una etapa dolorosa puesto que debe ponerse a un lado los valores tanto sociales como los de la familia esto con el fin de reclamar y construir en un futuro no muy lejano sus propios valores. Así mismo, se encuentra la adultez temprana, etapa en la cual se evidencia las inquietudes por la intimidad, el inicio de una carrera profesional u ocupación así como la preocupación por formalizar una familia y vivir la paternidad. Es una etapa de transición que formaliza una nueva identidad; es decir, sucede un establecimiento y un afianzamiento

del proceso de desarrollo. Al relacionarse esta etapa de la vida con algunos sucesos específicos de la vida se puede disparar la crisis (Slaikau, 1996).

Siguiendo con el orden cronológico se encuentra la adultez media en donde se reelaboran acontecimientos del desarrollo, entre tanto en dicha etapa se confronta con nuevas dificultades y desafíos. De acuerdo a la teoría planteada por Gutmann (1975 citado por Slaikau, 1996) se dice que tanto hombre como mujer afrontan una crisis de la mediana edad; no obstante en cuanto a la mujer esto tiende a cambiar, puesto que el rol que la mujer ejerce hoy en día es muy diferente al del pasado, ya que en la actualidad la mujer tiene profesión y la ejerce lo que resulta ser un factor de protección ante esta posible crisis, mientras que el hombre tiende a cambiar de actitud; es decir, los aspectos relacionados con la profesión y la economía tienden a dejar de presentar un aspecto hostil para convertirse en una actitud más tierna, docil y protectora; etapa que sucede entre los 40 y 50 años de edad en el hombre (Slaikau, 1996).

Continuando con el desarrollo vital del ser humano llega la madurez, etapa que va de los 50 y principios de los 60 en adelante concluyendo con la jubilación; finalmente llega la vejez como última etapa del desarrollo y que finaliza con la muerte del individuo, sin embargo las expectativas de vida han venido experimentando algunos cambios y uno de ellos se ejemplifica con la jubilación; pues al estar modificadas en alargar los años laborales genera en las personas una expectativa mayor de vida.

Ahora bien, en cuanto a la cognición del suicidio, Williams (1986 citado por Ellis, 2006) señala que los jóvenes encuentran múltiples razones por las cuales intentan o piensan o han llegado a pensar alguna vez en suicidarse, estas motivaciones quizás podrían parecer bastante obvias para el resto de personas quienes no han vivenciado dicha situación; sin embargo, esta motivación abarca toda una compleja estructura en la



cognición de estos jóvenes; manifestando ideas irracionales como “la situación era tan insoportable, tenía que hacer algo y no sabía que más hacer”; siendo esta la idea o pensamiento más común; así como ideas de “querer morir”, “demostrarle un inmenso amor a otra persona mediante el acto suicida” y obtener un “escape temporal” (Ellis, 2006) lo que finalmente lleva a estos sujetos ya sea a presentar ideación o pensamiento suicida y/o en el peor de los casos a cometer el acto.

En tiempos pasados se tenía la creencia de que el pensamiento suicida estaba estrechamente relacionado con el comportamiento del individuo; es decir, un comportamiento tan natural como salir de paseo, correr o incluso ver televisión, por lo tanto, el vínculo entre suicidio y cognición en ese momento no fue tomado en cuenta como un aspecto clínico relevante. Entre tanto, la ideación suicida era entendida como un elemento o factor de una decisión tomada libremente desde la moral por una persona, un aspecto altamente relacionado con el suicidio, una sintomatología derivada de la psicopatología que pudiere derivarse de enfermedades tales como depresión, esquizofrenia entre otras más y finalmente generarse a partir del resultado profundo de procesos psicológicos activos (Beck, 1995).

Dentro del estudio de la cognición y el suicidio, el autor Shneidman (1997 citado por Ellis, 2006) ha sido considerado como un actor influyente debido a su modelo de estudio, en el cual los pensamientos ocupan un espacio importante en la investigación acerca del suicidio; Shneidman en su teoría acerca de dicho fenómeno identificó y dio explicación a la palabra solo y a la idea que presenta el individuo; se constituye como la naturaleza única del suicidio según el autor; de igual manera, afirmó que la palabra solo, que interpretada desde la cognición significa estrechamiento; es considerada como la palabra más significativa y peligrosa dentro del fenómeno de la suicidiología.

No obstante, el autor tiene una mirada de dicho fenómeno un poco dinámica lo que termina resumiéndose como que el suicidio es producto de una afectación o dolor emocional que difícilmente puede ser tratado, como resultado de ello nació y acuñó el término dolor de psique (Ellis, 2006). De igual manera, Shneidman (citado por Ellis, 2006) ha venido realizando una serie de investigaciones acerca de la relación existente entre procesos cognitivos y la naturaleza innata de la ideación suicida, afirma que el suicidio es un fenómeno de la mente que se genera a partir de un dolor psíquico que la persona experimenta; el autor señala que el dolor de psique hace referencia a un drama de la mente donde generalmente es dirigido por los dolores psicológicos y emocionales negativos lo que se constituye como el lado oscuro y central del suicidio; por lo tanto, sin dolor de psique no existe la posibilidad de suicidio.

La investigación del autor se generó a partir de la revisión de las cartas que los suicidas dejaban escritas antes de cometer el acto fatal, teniendo en cuenta que estas notas suicidas son de hecho consideraciones psicológicas, visiones, emociones, suplicas, mensajes y cogniciones del pensamiento final; en estos escritos mortales lo que se reveló fueron los deseos y sentimientos ambivalentes que ellos presentaban; es decir, en sus cartas dejaban ver los sentimientos de ira y frustración que sentían con respecto a otras personas, pero que al no poder exteriorizarlos y llevar a cabo actos violentos en contra de ellos lo que hacían era cometer el acto en contra de ellos mismos, llegando de esta manera al suicidio (Ellis, 2006).

Así mismo, Shneidman (1993) considera que la constricción cognitiva se define como el estrechamiento cada vez más profundo y la disminución peligrosa del número de oportunidades para resolver los problemas que conllevan al sujeto a vivenciar esta situación, el autor realiza una amplia y detallada explicación acerca de lo que la miopía

psicológica significa y lo describe como un proceso engañoso en donde el pensamiento dicotómico constreñido arrastra a la persona con ideación suicida a un estado psicológico desesperado y angustiante (Ellis, 2006).

Sumado a lo anterior, Shneidman (1993) señala la peligrosa unión entre el estado de constricción cognitiva y la perturbación, para este autor la perturbación hace referencia concreta y primordialmente a la naturaleza emocional molesto e intranquilo, constantemente se puede percibir en el sujeto la tendencia a la acción suicida; por lo tanto en relación con el suicidio la perturbación también conlleva a la constricción cognitiva lo que sugiere que las tendencias suicidas agudas son gobernadas por la fuerte inclinación a maltratarse a sí mismo o a realizar acciones derivadas de la enfermedad (Ellis, 2006).

En consecuencia con lo anterior, Neuringer C. doctor de la Universidad de Kansas apoyado en el pensamiento dicotómico y la constricción cognitiva expuesta por Shneidman desarrollo “un programa sistemático de investigación” con la intención de esclarecer los diferentes tipos de cognición suicida; dicho estudio siguió avanzando y más adelante en el tiempo presento una evidencia empírica en la cual hacía referencia a la diferencia que existen entre el pensamiento de una persona con ideación suicida en comparación con quien nunca ha experimentado este tipo de situaciones; la diferencia entre ambos radica: en el pensamiento dicotómico, la rigidez cognitiva y la resolución de problemas deteriorada (Ellis, 2006).

Así mismo, otra diferencia señalada por Neuringer entre aquellas personas que presentaban ideación suicida (sin importar la intensidad o la regularidad de la misma) con quienes no las presentaban era su forma particular de evaluar la vida y la muerte de forma más rigurosa; además de ello consideraban la muerte como más apropiada y conveniente que la vida misma. Asumiendo pues que existe una diferencia cognitiva entre individuos

que presenta ideación suicida con quienes nunca han llegado a experimentar este tipo de pensamientos ni deseos de estar muertos (Ellis, 2006).

No obstante, la psique de la persona con ideación suicida maneja tres aspectos definitorios y conscientes acerca de su malestar con la situación que experimenta, el primero de ellos es lo insoportable y momentáneo del estado presente de los problemas tanto internamente como externamente, la exigencia en el proceder de sí mismo ya sea de forma apresurada o retardada y finalmente la idea de no tener otra salida o solución del problema (Ellis, 2006).

Así mismo, diferentes autores presentan sus planteamientos acerca de lo que la ideación suicida es; tal es el caso de Beck quien señala que la ideación suicida se manifiesta cuando la persona recurrentemente piensa, planea o desea llevar a cabo el acto suicida. Orbach (1997) señala que los casos de ideación suicida o suicidio consumado se relacionan altamente con tres signos, depresión, desesperanza y vergüenza; mientras que para Villardón (1993) señala que los pensamientos suicidas no se rigen por un patrón autodestructivo; no obstante todo acto consumado de suicidio si lo antecede un estado mental que has sido interiorizado. El estado mental al cual hace referencia este autor tiene que ver con la baja autoestima, la desesperanza, fracaso anticipado, depresión junto a la planeación del suicidio como medida de solución a los problemas (Palacios, 1991).

En consonancia, Durkheim resalta la diferencia entre el acto del suicidio como tal y la tentativa de cometerlo, afirma que el suicidio es todo aquello que termine en la muerte de la persona ya sea de forma directa o indirecta; es decir, el acto consumado; mientras que el intento o simulacro de suicidio es un comportamiento opuesto del suicidio como tal.

Autores como Giner y Leal en cambio hablan de “suicidabilidad activa y suicidabilidad pasiva” la primera tiene que ver con el acto consumado mientras que la segunda hace

referencia a los actos riesgosos que la persona constantemente está practicando en búsqueda de un peligro que lo lleve a encontrar o generar una situación de riesgo mayor (González, Reyes, Álvarez y Rodríguez. 2002).

En cuanto al desarrollo cognitivo en relación con la salud mental, señala Ellis (2006) a la teoría del desarrollo planteado por Piaget como la que más se ajusta al explicar el desarrollo cognitivo del adolescente, esto debido a que la adolescencia tiene su punto de partida en las en las operaciones formales, lo que quiere decir que estos joven se van introduciendo en el mundo de las operaciones mentales elaboradas y a la vez más complicadas, abstractas llevando a cabo procesos sistemáticos para el razonamiento. En esta etapa la mayoría de los jóvenes comienzan a reflexionar acerca de sus pensamientos y al hacerlo descubren que poseen algunas debilidades en sus autoconcepciones lo que puede resultar realmente inquietante, así como generarse expectativas fantasiosas para el futuro, suelen pensar y repensar en los actos del pasado y comparar su self real con sus ideales (Ellis, 2006).

Por lo tanto, las percepciones y sentimientos que los jóvenes experimentan al ser poco menos idóneos, poco llamativo, poco deseados, poco honestos de lo que se desea puede llegar esta situación a generar en la adolescencia temprana y media una preocupación hasta llegar a ser enganchado por los procesos mentales (Elkind, 1967 citado por Ellis, 2006) esto sucede puesto que aun los adolescente no se encuentran en capacidad de afrontamiento y de habilidades para lidiar con los estados dolorosos de su self, lo que los lleva a buscar medios de escape, o si bien pretenden apaciguarse o por el contrario bloquearlos mediante métodos de escape, negación o comportamientos riesgosos y peligrosos (Baumeister, 1992 citado por Ellis 2006).

Es importante además tener en cuenta los pensamientos negativos automáticos que se presentan en los jóvenes que se encuentran cursando primer y segundo semestre de carrera universitaria; así mismo como sus esquemas cognitivos y el estilo atribucional de autores como Nock y Kazdin (2002 citados por Ellis, 2006) quienes investigaron acerca de los pensamientos negativos automáticos; es decir las distorsiones cognitivas que se producen debido a la depresión. En dicho trabajo investigativo encontraron que los pensamientos negativos automáticos se encontraban altamente correlacionados con la ideación suicida y por supuesto con una alta tendencia a cometer acto suicida. De igual forma, otros autores como Simonds, McMahon & Armstrong, (1991) entre otros señalaron que el suicidio se considera como una respuesta inadaptada al estrés generado por las diversas situaciones de la vida así como a la falta de importancia del afrontamiento y regulación de las emociones en los jóvenes (Ellis, 2006).

### Operacionalización de las variables

Tabla 1. Operacionalización de las variables

<b>Variable</b>	<b>Definición conceptual</b>	<b>Subcategorías</b>	<b>indicadores</b>	<b>ítems</b>
Datos sociodemográficos	Es la adquisición de conocimiento a partir de análisis cuantitativos del tamaño, distribución, movilidad, composición	<b>Datos secundarios:</b> son los datos que fueron obtenidos fuera de la investigación, es decir, en otro contexto	*Nombre y apellido. *Sexo. *Edad. *Programa. *Semestre.	*Nombre completo del estudiante. *Sexo al que pertenece. *Edad en años cumplidos. *Programa en el que está matriculado. *Semestre cursante.

Relación entre los estilos de apego y la ideación suicida

	estructural y características de una población. (Cabella, 2014).	con una finalidad diferente a al estudio en curso (Cabella, 2014).		
		<p><b>Datos primarios:</b> Son los datos recopilados de primera mano durante el desarrollo de un estudio por los investigadores (Cabella, 2014).</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>*Estrato</li> <li>*Ciudad de residencia</li> <li>*Personas con las que reside</li> <li>*Hermanos</li> <li>*Ocupación</li> <li>*Estado civil</li> <li>*Si hay descendencia</li> <li>*Religión</li> <li>*Inclinación sexual</li> <li>*Tipo colegio del que es egresado</li> <li>* Carreras iniciadas.</li> <li>*Edad de los padres.</li> <li>*Escolaridad de los padres</li> <li>*Ocupación de los padres</li> <li>*E.P.S</li> <li>*Antecedentes de enfermedades mentales</li> <li>*Antecedentes de tratamientos psicológicos o psiquiátricos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>¿En qué estrato vive?</li> <li>¿Cuál es su ciudad de residencia?</li> <li>¿Con que personas comparte vivienda?</li> <li>¿Tiene hermanos?</li> <li>¿Cuál es su Ocupación actual?</li> <li>¿Cuál es su estado civil?</li> <li>¿Tiene hijos?</li> <li>¿Cuál es la religión que profesa?</li> <li>¿Cuál es su inclinación sexual?</li> <li>¿Cuál era el tipo de colegio del que es egresado?</li> <li>¿Ha usted iniciado otros pregrados?</li> <li>¿Qué edad tiene su padre?</li> <li>¿Qué edad tiene su madre?</li> <li>¿Cuál es la ocupación de su padre?</li> <li>¿Cuál es la ocupación de su madre?</li> <li>¿Cuál es su EPS?</li> <li>¿Ha sido diagnosticado alguna vez con una enfermedad mental?</li> <li>¿Alguien de su familia ha padecido de una enfermedad mental?</li> <li>¿Ha tenido usted tratamiento psicológico o psiquiátrico?</li> <li>¿Algún integrante de su familia ha tenido tratamiento psicológico o psiquiátrico?</li> </ul>
<b>Variable</b>	<b>Definiciones conceptuales</b>	<b>Subcategorías</b>	<b>Indicadores</b>	<b>Ítems</b>

Relación entre los estilos de apego y la ideación suicida

<p>Estilo de apego</p>	<p>“Los procesos de apego y la construcción del sentido de sí mismo es muy importante en el desarrollo humano”, una particularidad de dicho apego es el proceso autorreferencial lo que ayuda a formar de manera permanente, duradera y constante en el individuo el sentido de sí mismo a lo largo del tiempo; de acuerdo a la relación y forma de expresar emociones los padres pueden facilitar la reedificación de la persona, es decir la actitud de estos es muy importante en todo el proceso que le permitiría el desarrollo y la adquisición de características y cualidades que lo distinguirán como ser humano (Bergeret, 2001)</p>	<p>Apego evitante (Tipo A)</p>	<p>*Padres rechazantes en necesidades. *Padres tolerantes cuando sus hijos no generan problema alguno. *Puntaje bajo en cuidado y afecto. *Puntaje bajo en control o sobreprotección.</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Hablaba conmigo en voz cálida y amigable.</li> <li>2. No me ayudaba tanto como yo lo necesitaba.</li> <li>3. Me dejaba hacer cosas que me gustaba hacer.</li> <li>4. Parecía emocionalmente frío conmigo.</li> <li>5. Parecía entender mis problemas y preocupaciones.</li> <li>6. Era cariñoso conmigo.</li> <li>7. Le gustaba que yo tomara mis propias decisiones.</li> <li>8. No quería que yo creciera.</li> <li>9. Trataba de controlar todo lo que yo hacía.</li> <li>10. Invadía mi intimidad.</li> <li>11. Disfrutaba hablar conmigo.</li> <li>12. Frecuentemente me sonreía.</li> <li>13. Tendía a consentirme.</li> <li>14. Parecía que no entendía lo que yo quería o necesitaba.</li> <li>15. Me dejaba tomar mis propias decisiones.</li> <li>16. Me hacía sentir que no me quería.</li> <li>17. Podía hacerme sentir mejor cuando yo estaba disgustado/a.</li> <li>18. No hablaba mucho conmigo.</li> <li>19. Trataba de hacer sentir dependiente de él.</li> <li>20. Sentía que no podía cuidar de mí mismo/a, si no estaba cerca.</li> <li>21. Me daba tanta libertad como yo quería.</li> <li>22. Me dejaba salir a menudo, cuando yo quería.</li> <li>23. Fue sobreprotector</li> </ol>
		<p>Apego seguro (Tipo B)</p>	<p>*Puntaje alto en cuidado y afecto. *Puntaje bajo en sobreprotección. *Los padres son alertas y cuidadosos a las necesidades pero brindan autonomía.</p>	
		<p>Apego ambivalente (Tipo C)</p>	<p>*Padres muy atentos y protectores. *Advierten todo el tiempo del peligro del mundo. *Evitan la emancipación de los hijos. *Puntajes altos en afecto. *Puntajes altos en sobreprotección.</p>	
		<p>Apego desorganizado (Tipo D)</p>	<p>*Puntajes bajos en afecto. *Puntajes altos en sobreprotección. *Padres que desean tener el control de sus hijos y mostrar ante la sociedad una familia sin defectos.</p>	



Relación entre los estilos de apego y la ideación suicida

Variable	Definiciones conceptuales	Subcategorías	Indicadores	Ítems
				conmigo. 24. No me alababa. 25. Me dejaba vestir como yo quería.
Ideación Suicida	Diferentes autores presentan sus planteamientos; tal es el caso de Beck quien señala que la ideación suicida se manifiesta cuando la persona recurrentemente piensa, planea o desea llevar a cabo el acto suicida. Villardón (1993) señala que los pensamientos suicidas no se rigen por un patrón autodestructivo; no obstante todo	(a) Afecto negativo.	Soledad, tristeza, angustia, llanto, etc.	03. Sentía que no podía quitarme la tristeza, ni con la ayuda de mi familia o amigos 06. Me sentí deprimido(a) 10. Tenía miedo 14. Me sentí solo(a) 17. Lloraba a ratos 18. Me sentía triste
		(b) Ausencia de afecto positivo.	Sentirse tan bueno como los demás, esperanza, felicidad, disfrutar la vida, etc.	04. Sentía que era tan bueno(a) como los demás 08. Veía el futuro con esperanza 12. Estaba feliz 16. Disfruté de la vida
		(c) Síntomas somáticos y retardo motor.	Agotamiento, pérdida de apetito, pérdida de sueño, cansancio, etc.	09. Pensé que mi vida era un fracaso 11. Dormía sin poder descansar 20. No podía “seguir adelante”

## Relación entre los estilos de apego y la ideación suicida

	<p>acto consumado de suicidio si lo antecede un estado mental que has sido interiorizado. El estado mental al cual hace referencia este autor tiene que ver con la baja autoestima, la desesperanza, fracaso anticipado, depresión junto a la planeación del suicidio como medida de solución a los problemas González, Reyes, Álvarez, Rodríguez. (2002).</p>	<p>(d) Problemas interpersonales</p>	<p>Sentir que la gente no es amigable, sentirse odiado, etc.</p>	<p>01. Me molestaron cosas que generalmente no me molestan 05. Tenía problemas para poner atención a lo que estaba haciendo 13. Platiqué menos de lo normal 15. Sentía que la gente era poco amigable 19. Sentía que no le caía bien a los demás</p>
--	--	--------------------------------------	--	--

### Metodología

#### Tipo de investigación

En este estudio se pretende analizar la relación existente entre el estilo de apego y la ideación suicida en estudiantes universitarios de todos los programas de una universidad privada. Teniendo en cuenta esto, se plantea que el estudio estará ubicado en un enfoque cuantitativo no experimental con un diseño transeccional correlacional.

Se aborda desde un enfoque cuantitativo gracias a la objetividad que brinda, en este sentido, el tema de estudio se plantea de manera muy delimitada y concreta, por lo cual la

recolección de datos sería con una fundamentación en la medición, es decir, a través de instrumentos con validez y confiabilidad. Como resultado, estos datos obtenidos mediante medición solo podrían ser representados y analizados mediante métodos estadísticos, en donde se esperaría una interpretación acertada de las hipótesis propuestas sobre la relación entre las variables. En este orden de ideas una interpretación no sería más que una explicación muy aproximada de la asociación entre los datos conseguidos y el conocimiento existente sobre el estilo de apego y la ideación suicida (Hernández, Fernández y Baptista, 2010).

### **Diseño**

En cuanto al diseño, como lo que se espera es hacer una relación entre las variables de estilo de apego e ideación suicida, se considera que un diseño transeccional correlacional se ubica en el estado actual de descripción del estudio, ya que al ser correlacional no tiene como requerimiento el precisar un sentido de causalidad, lo que significa que las hipótesis viajarían en el mismo curso, es decir, hipótesis correlacionales. En este sentido, se resalta que aunque toda causalidad implica correlación, no toda correlación implica causalidad (Hernández, Fernández y Baptista, 2010).

Por lo anterior, se considera que los diseños transeccionales en su modalidad correlacional se ajustan al estudio planteado, ya que a partir de la recolección de los datos en un tiempo único de manera independiente, se espera la acertada descripción de la relación entre las variables.

### **Sujetos**

Respecto a la población a estudiar es importante señalar que fueron escogidos los participantes a través de un muestreo de tipo probabilístico, para que de esta forma exista la posibilidad de que la población con las características necesarias para ser incluido en la

muestra tenga por igual la oportunidad de ser parte de la investigación (Hernández, Fernández y Baptista, 2010). Los criterios que delimitaron la población fueron:

- Estar matriculado en alguno de los programas de la universidad privada escogida para la investigación.
- Estar en un semestre sin prácticas académicas de tiempo completo.
- Estar dentro del rango de edad entre los 18 y 29 años.
- Haber tenido a padre y madre físicamente presentes desde el nacimiento hasta los 16 años.

Se estima que el muestreo probabilístico es el que mejor encaja en los diseños transeccionales correlacionales, ya que este tipo de diseño lo que busca es hacer estimaciones de variables en una población, por lo cual el muestreo elegido reduce al mínimo el tamaño del error estándar en cuanto a las predicciones hechas por los investigadores (Hernández, Fernández y Baptista, 2010).

Respecto a la elección de la muestra, se usó el software STATS® disponible para los estudiantes gracias al CD que anexa el libro metodología de la investigación de Hernández, Fernández y Baptista (2010). Partiendo de este programa se realizó un muestreo aleatorio simple, el cual, identificó el número apropiado de personas recomendable como muestra a partir del tamaño del universo, es decir, el número total de los estudiantes que cumplían con las características planteadas para delimitar la población.

En este sentido, para obtener este número del universo muestral, las estudiantes al inicio del semestre 2 del año 2016, realizaron un sondeo por cada semestre de cada programa, dando como resultado un número de 193 estudiantes con los criterios de inclusión. Posteriormente, se incluyó dentro del software STAATS® el número 193 y se

estableció el error aceptable y el nivel deseado de confianza, los cuales fueron 1% y 99% respectivamente, dando como resultado un número ideal para la muestra de 191 estudiantes.

### **Instrumentos**

Para el total cumplimiento de los objetivos se realizó la aplicación del Instrumento de lazos Parentales (P.B.I) y la Escala de depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos CES-D a 191 alumnos. A continuación se explicará cada instrumento:

#### **Instrumento de lazos Parentales (P.B.I).**

El instrumento fue diseñado en 1979 por Parker, Tupling y Brown con el fin de identificar el tipo de vínculo parental a través de 25 afirmaciones, las cuales aparecen 2 veces, para un total de 50 afirmaciones, ya que son para establecer el tipo de vínculo en padre y madre. El test está compuesto por dos escalas, una de cuidado con 12 afirmaciones y otra de sobreprotección con 13 afirmaciones (Gómez, Vallejo, Villada y Zambrano. 2009).

La calificación de los ítems es mediante el método Likert, con una puntuación de 0 a 3, por lo cual la escala de cuidado puede tener una puntuación máxima de 36 puntos y la escala de sobreprotección de 39 puntos. El individuo debe seleccionar con base a sus recuerdos hasta la edad de 16 años la opción que más detalle la conducta o relación con el padre preguntado en el apartado, ya que el instrumento indaga por separado cada uno de los padres. Las opciones de respuesta son: siempre pasaba, algunas veces pasaba, rara vez pasaba y nunca pasaba.

El valor asignado de 0 a 3 varía para cada ítem según la escala, en la escala de cuidado, las afirmaciones 1, 5, 6, 11, 12, 13, 17 tienen un valor asignado de 3: siempre pasaba, 2: algunas veces pasaba, 1: rara vez pasaba y 0: nunca pasaba; las afirmaciones 2, 4, 14, 16, 18, 24 tienen un valor asignado de 3: nunca pasaba, 2: rara vez pasaba, 1: algunas

veces pasaba y 0: siempre pasaba. Para los ítems de sobreprotección, las afirmaciones 8, 9, 10, 19, 20, 23, el valor asignado es 3: siempre pasaba, 2: algunas veces pasaba, 1: rara vez pasaba y 0: nunca pasaba, y para las afirmaciones 3, 7, 15, 21, 22, 25, el valor es 3: nunca pasaba, 2: rara vez pasaba, 1: algunas veces pasaba y 0: siempre pasaba (Gómez, Vallejo, Villada y Zambrano. 2009).

La identificación de la presencia o ausencia de las variables de las escalas se realizan teniendo en cuenta características o conductas que componen el cuidado y la sobreprotección, por lo cual, la escala de cuidado tiene en cuenta la “afectuosidad, contención emocional, empatía y cercanía”. La escala de sobreprotección tiene en cuenta el “control, sobreprotección, intrusión, contacto excesivo, infantilización y prevención de la conducta autónoma” (Gómez, Vallejo, Villada y Zambrano. 2009).

Gracias a los puntajes de las escalas se logra determinar el tipo de vínculo, los cuales pueden ser vínculo óptimo, vínculo ausente o débil, constricción cariñosa y control sin afecto. El vínculo óptimo se refiere a los padres que son afectuosos, contenedores pero que aun así incentivan que el sujeto sea independiente y autónomo. El vínculo ausente se encuentra en padres fríos emocionalmente, indiferentes y negligentes, y que promueven que su hijo sea autónomo. La constricción cariñosa se encuentra en los padres que son afectuosos y cercanos pero que prefieren infantilizar a sus hijos por lo que evitan que se emancipen. Los padres con control sin afecto son indiferentes y negligentes en afecto, y además controlan excesivamente la conducta de sus hijos e impiden que sean independientes (Gómez, Vallejo, Villada y Zambrano. 2009).

Para identificar el tipo de vínculo con el puntaje, se tiene en cuenta que para las afirmaciones de padres se considera alto a partir de un puntaje de 25,6 en afecto y de 11,9 en control. Para madres se considera un puntaje alto de 30,6 en afecto y 12,5 en control. El

vínculo óptimo se obtiene con puntajes altos en escala de cuidado y con puntajes bajos en sobreprotección, vínculo ausente se obtiene con puntajes bajos en cuidado y bajos en sobreprotección. Contrición cariñosa con puntaje alto en cuidado y alto en control y control sin afecto con puntaje bajo en cuidado y alto en sobreprotección (Gómez, Vallejo, Villada y Zambrano. 2009).

Con este instrumento puede determinarse el lazo parental y por lo tanto el estilo de apego de la persona, por lo que el vínculo óptimo sería el apego seguro, el vínculo ausente sería el apego inseguro, la constricción cariñosa el apego ambivalente y el control sin afecto el apego desorganizado o dapico (Gómez, Vallejo, Villada y Zambrano. 2009).

El instrumento presenta confiabilidad en la población Colombiana gracias al estudio titulado “Propiedades psicométricas del Instrumento de Lazos Parentales (Parental Bonding Instrument, PBI) en la población de Medellín, Colombia”. Se realizó con 430 estudiantes universitarios, dando como resultado una buena consistencia interna y confiabilidad test-retest. Con la población descrita arrojo un alpha de Cronbach de 0.891 en afecto, 0,807 en control para las afirmaciones dirigidas al padre y un alpha de Cronbach de 0.883 en afecto, 0,855 en control para las afirmaciones dirigidas a la madre (Gómez, Vallejo, Villada y Zambrano. 2009).

### **Escala de depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos CES-D**

Esta escala fue creada con el fin de ser utilizada en poblaciones no institucionalizadas u hospitalizadas, fue desarrollada en 1977 por el Instituto Nacional de Salud Mental de los Estados Unidos para detectar aquellos factores considerados de riesgo a ser diagnosticados con depresión (Villalobos, 2010).

La CES-D está compuesta por 20 ítems distribuidos en 4 factores, el afecto negativo (a), el afecto positivo (b), síntomas somáticos y retardo motor (c) y problemas

interpersonales (d), los cuales como bien lo siguiere su autora original Leonore Radloff no se aconseja aplicar los factores por separado pues no existe suficiente confiabilidad (Villalobos, 2010).

El factor de afecto negativo encierra aspecto como la soledad, la tristeza, a la angustia y el llanto y se encuentra en los ítems 03, 06, 10, 17 y 18. El afecto positivo es la percepción de sentirse tan bueno como los demás, tener esperanza, felicidad y disfrutar la vida, se identifica en los ítems 04, 08, 12 y 16. Los síntomas somáticos hacen referencia a la sensación de agotamiento o cansancio, la pérdida del apetito y pérdida del sueño y se ubica en los ítems 09, 11 y 20. Los problemas interpersonales se refiere que la percepción de sentirse odiado y que la gente no es amigable y se encuentra en los ítems 01, 05, 13, 15 y 19 (Villalobos, 2010).

La escala fue adaptada en su versión al español por Gonzales y Andrade en 1995, sin embargo se tomará la validación de Villalobos en el 2010 en donde a partir de los criterios diagnósticos del DMS-IV y el CIE 10 realizaron ajustes a la escala para la identificación de síntomas en las últimas dos semanas y que se implementara un esquema de 5 puntos, de esta forma las opciones de respuesta es 0=ningún día, 1= 1 a 4 días, 2= 5 a 8 días, 3= 9 a 11 días y 4= 10 a 14 días, por lo cual las puntuaciones fluctuarían entre 0 a 80 puntos. Además, la validación descarto el ítem 7 de la escala, el cual hacia parte del factor de afecto positivo y recitaba “sentí que todo lo que hacía representaba un gran esfuerzo para mí”, este descarte realizó por considerar que la consistencia interna de este disminuía el valor del alfa de Cronbach de la prueba por la confiabilidad negativa que brindaba. Este ítem (Villalobos, 2010).

La consistencia interna de la prueba en población Colombiana fue realizada en el estudio titulado “Estructura factorial y propiedades psicométricas de una escala de



depresión en universitarios de Colombia” y encontraron para la prueba en general un coeficiente del alpha de Cronbach de 0,88. Mientras para las subescala, en cuanto en el factor de afecto negativo 0,89, afecto positivo 0,69, síntomas somáticos 0.63 y problemas interpersonales 0,59, por lo cual según este estudio la escala puede ser aplicada a cualquier muestra sin importar la etapa evolutiva en la que se encuentre (Villalobos y Ortiz, 2012).

### **Procedimiento**

El enfoque cuantitativo se caracteriza por su curso lineal y paso a paso, por lo cual, en el caso particular de este trabajo, se inició con una variable de interés (el suicidio), y luego fue acotándose hasta llegar a la ideación suicida y su relación con los estilos de apego. Una vez ya se delimitaron las variables, se seleccionaron los antecedentes pertinentes, luego se construyó el marco teórico, los objetivos, la pregunta problematizadora y las hipótesis. Con base al marco teórico y los antecedentes se crearon las hipótesis, por lo que debe establecerse un plan para probarlas, es decir, un diseño el cual logre medir esas variables en un contexto determinado, en este caso la universitaria (Hernández, Fernández y Baptista, 2010).

El procedimiento de la investigación, el cual será descrito a continuación paso a paso, abarcó aspectos como el acercamiento a la población, la calificación de instrumentos y los análisis de los resultados obtenidos. Los pasos fueron los siguientes:

1. Se solicitó a cada decanatura de los diferentes programas a través de una carta enviada al inicio del segundo semestre del 2016, un permiso para obtener el acceso a los semestres que no se encuentren en prácticas académicas de tiempo completo durante el horario académico y así realizar la aplicación de los instrumentos.

2. A partir de los horarios de cada carrera y semestre, las estudiantes de psicología se acercaron a los salones y socializaron la investigación y sondear el número del universo muestral.
3. Luego establecieron el número deseado del tamaño de muestra.
4. A continuación se acercaron nuevamente a las aulas y socializaron por segunda vez los criterios, y de forma voluntaria los estudiantes que desearon participar dentro de la investigación acompañaban a las estudiantes a un aula en donde se explicaba el consentimiento informado y la forma en la que se debían responder los instrumentos PBI Y CES-D.
5. Posteriormente se llevó a cabo la calificación manual los instrumentos.
6. Luego, se ingresaron los datos obtenidos por la ficha sociodemográfica, el PIB y el CES-D dentro del Software SPSS para obtener la información de frecuencia de cada una de las variables.
7. Seguidamente, se ingresaron estos mismos datos obtenidos por la ficha sociodemográfica, el PIB y el CES-D dentro del SPAD-WIN 3.5 para obtener el análisis de correspondencia múltiple y el análisis discriminante de las variables.
8. A continuación, se analizaron todos los resultados obtenidos en función del marco teórico y los antecedentes para de esa manera llevar a cabo la discusión.
9. Y finalmente se realizaron las conclusiones.

## Resultados

A continuación se presentan los datos generales recolectados mediante la ficha sociodemográfica aplicada a la muestra poblacional con la que se trabajó en el presente estudio; para de esta manera cumplir con el objetivo específico número uno, el cual busca identificar las características sociodemográficas de los sujetos participantes en la investigación.

En cuanto al sexo, dentro de la muestra de 191 sujetos se encontró que el 74.3 % pertenece al género femenino; es decir, 142 sujetos fueron mujeres, mientras que el 25.7 fueron hombres, para un total de 49 hombres.

Tabla 2. Distribución del sexo de la muestra.

		Sexo			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Hombre	49	25,7	25,7	25,7
	Mujer	142	74,3	74,3	100,0
	Total	191	100,0	100,0	

Respecto a las edades, de 191 estudiantes se encontró que la mayoría de la población se haya entre los 18 y 23 años, mientras que el resto se encuentra entre 24 y 29 años de edad. Encontrándose el mayor número de personas dentro de la edad de 18 años con un total de 51 personas, lo que significa el 26,7 % de la muestra.

Figura 1. Edades de los participantes de la muestra.

Dentro de los programas de la universidad privada colaboradora, se encontró que el mayor número de participantes en la muestra pertenecen al programa de enfermería con un

Relación entre los estilos de apego y la ideación suicida

total de 70 sujetos (36,6%). En segundo lugar con un total de 48 personas, el programa de medicina (25, 1%), seguido por psicología con 26 estudiantes (13,6%), luego derecho con 23 (12,0%), administración de empresas con 21 individuos (11,0%) y con menor participación ingeniería industrial con 3 sujetos (1,6%).

Tabla 3. Frecuencia de programas académicos.

		<b>Programas académicos</b>			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Psicología	26	13,6	13,6	13,6
	Derecho	23	12,0	12,0	25,7
	Administración de empresas	21	11,0	11,0	36,6
	Medicina	48	25,1	25,1	61,8
	Enfermería	70	36,6	36,6	98,4
	Ingeniería Industrial	3	1,6	1,6	100,0
	Total	191	100,0	100,0	

Respecto a la proporción por semestre, se encuentra con mayor predominio los estudiantes en Quinto semestre con 36 personas (18,8%) y cuarto semestre con 34 individuos (17,8%). Luego se puede encontrar sexto semestre con 27 (14,1%), octavo semestre con 26 (13,6%), primer semestre con 22 (11,5%), segundo semestre 18 (9,4%), séptimo semestre con 14 (7,3%), tercer semestre con 12 (6,3%) y noveno semestre con 1 (0,5%). Total datos perdidos dentro del sistema 1 (0,5%).

Figura 2. Frecuencia de semestres.

En cuanto al estrato se encuentra el mayor número de población con 60 personas (31,4 %) el estrato 3, seguido por 43 sujetos de estrato 2 (22,5), 37 individuos (19,4 %) de estrato 5, 33 sujetos (17,3 %) de estrato 4, así como 10 sujetos (5,2 %) de estrato 6 y finalmente 7 personas (3,7 %) de estrato 1.

Figura 3. Frecuencia de estratos económicos

Respecto a los municipios, se encuentra un marcado predominio de participantes residentes en la ciudad de Armenia con un número de 141 estudiantes (73,8%), en segundo lugar pero en menor proporción el municipio de Calarcá con 19 sujetos (9,9%), luego La Tebaida y Quimbaya con un igual número de 6 estudiantes (3,1%), Circasia y Montenegro igualmente con 5 (2,6%), Filandia con 4 individuos (2,1%) y con tan solo 1 participante (0,5%) los municipios de Buena vista, Córdoba, Caicedonia (Valle), Trujillo (Valle) y Sevilla (Valle).

Tabla 4. Frecuencia de municipios.

		<b>Municipio</b>			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Armenia	141	73,8	73,8	73,8
	Calarcá	19	9,9	9,9	83,8
	Circasia	5	2,6	2,6	86,4
	Filandia	4	2,1	2,1	88,5
	Buena vista	1	,5	,5	89,0
	Tebaida	6	3,1	3,1	92,1

Relación entre los estilos de apego y la ideación suicida

Montenegro	5	2,6	2,6	94,8
Quimbaya	6	3,1	3,1	97,9
Córdoba	1	,5	,5	98,4
Caicedonia	1	,5	,5	99,0
Trujillo	1	,5	,5	99,5
Sevilla	1	,5	,5	100,0
Total	191	100,0	100,0	

En relación al número de hermanos se observa una tendencia con 92 estudiantes (48,2%) a poseer 1 hermano, seguido por tener 2 hermanos con un total de 45 personas (23,6%), luego el tener 3 hermanos con una aparición de 24 veces (12,6%); así mismo, 20 de los estudiantes declaran no tener hermanos (10,5%) y en menor proporción se encuentra tener 4 hermanos con un número e 5 veces (2,6%), tener 5 hermanos con un numero de 2 veces (1,0%) y llama la atención la aparición de 2 estudiantes con 9 hermanos (1,0%) y un estudiante con 18 hermanos (0,5%).

Tabla 5. Número de hermanos.

		Hermanos		Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
		Frecuencia	Porcentaje		
Válido	1	92	48,2	48,2	48,2
	2	45	23,6	23,6	71,7
	3	24	12,6	12,6	84,3
	4	5	2,6	2,6	86,9
	5	2	1,0	1,0	88,0
	No tiene	20	10,5	10,5	98,4
	9	2	1,0	1,0	99,5
	18	1	,5	,5	100,0
	Total	191	100,0	100,0	

Dentro de la muestra se encontró que un total de 170 sujetos (89,0 %) con ocupación de estudiante solamente, mientras que 15 de ellos (7,9 %) son trabajadores

## Relación entre los estilos de apego y la ideación suicida

independientes, así mismo 2 personas (1,0 %) se dedican a ser asistentes personales, 1 sujeto es pedagogo (0,5 %), 1 licenciado en imágenes diagnósticas (0,5 %), 1 Auxiliar contable (0,5 %) y finalmente 1 sujeto es auxiliar de enfermería (0,5 %) para un total de 191 estudiantes.

*Figura 4.* Ocupación alterna de los estudiantes participantes de la muestra.

Dentro de la distribución de estado civil se observa que de 191 sujetos participantes en la muestra, 184 son solteros (96,3%), 6 se encuentran en unión libre (3,1%) y solo 1 está casado (0,5%).

*Tabla 6.* Frecuencia del estado civil.

		<b>Estado civil</b>			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Soltero	184	96,3	96,3	96,3
	Casado	1	,5	,5	96,9
	Unión libre	6	3,1	3,1	100,0
	Total	191	100,0	100,0	

Ahora bien, de acuerdo a la muestra constituida por 191 estudiantes, 181 de ellos; es decir el 94,8 % no tiene hijos, mientras que 10 de ellos tienen 1 hijo, lo que se traduce en un porcentaje de 5,2 % de la población investigada.

*Figura 5.* Número de hijos

De los 191 evaluados, se observa una tendencia marcada, toda vez que 129 de estas personas dicen profesar la religión católica (67,5%), en segundo lugar se encuentra con un total de 36 personas el no profesar ninguna religión (18,8%), en tercer lugar la religión cristiana con 22 estudiantes (11,5%) y en igual proporción con tan solo 1 estudiante las religiones respectivas al deísmo, mormona, protestante y adventista del séptimo día.

*Tabla 7.* Frecuencia de religión.

Relación entre los estilos de apego y la ideación suicida

		<b>Religión</b>			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Católica	129	67,5	67,5	67,5
	Cristiana	22	11,5	11,5	79,1
	Ninguna	36	18,8	18,8	97,9
	Deísmo	1	,5	,5	98,4
	Mormona	1	,5	,5	99,0
	Protestante	1	,5	,5	99,5
	Adventista del 7 día	1	,5	,5	100,0
	Total	191	100,0	100,0	

En cuanto a lo relacionado con la inclinación sexual de los estudiantes investigados, se encontró que 182 presentan inclinación heterosexual (95,3 %), de igual manera 6 tienen inclinación homosexual (3,1 %) y 3 de ellos son de inclinación bisexual (1,6 %).

*Figura 6.* Frecuencia en inclinación sexual.

En relación con el inicio o no de otro pregrado académico, se observa que de 191 evaluados, 164 (85,9%) de los estudiantes no han iniciado otro tipo de carreras y que por el contrario 27 (14,1%) de estos si lo han hecho, presentándose con mayor número de veces la carrera de biología con 5 estudiantes (2,6%) y lenguas modernas con 3 individuos (1,6%).

*Tabla 8.* Frecuencia de inicio de pregrados anteriores.

		<b>Pregrados anteriores</b>			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Pregrado único	164	85,9	85,9	85,9
	Psicología	1	,5	,5	86,4
	Medicina	2	1,0	1,0	87,4
	Ingeniería Industrial	2	1,0	1,0	88,5
	Administración de empresas	1	,5	,5	89,0
	Enfermería	1	,5	,5	89,5
	Derecho	2	1,0	1,0	90,6
	L. en pedagogía	2	1,0	1,0	91,6
	Ingeniería mecatrónica	1	,5	,5	92,1
	Biología	5	2,6	2,6	94,8
	Arquitectura	1	,5	,5	95,3



## Relación entre los estilos de apego y la ideación suicida

Radiología e imágenes diagnosticas	1	,5	,5	95,8
Aviación	1	,5	,5	96,3
Gastronomía	1	,5	,5	96,9
Lenguas modernas	3	1,6	1,6	98,4
Auxiliar de enfermería	1	,5	,5	99,0
Química	1	,5	,5	99,5
Veterinaria	1	,5	,5	100,0
Total	191	100,0	100,0	

De 191 estudiantes la ocupación de padre que predomina es el trabajador independiente con 54 padres (28,3 %) seguido por 26 padres pensionados (13,6 %), 14 funcionarios públicos (7,3 %), 11 padres conductores (5,8 %), así mismo 11 ingenieros (5,8 %), 11 docentes (5,8 %), 11 abogados (5,8 %), 9 médicos (4,7 %), 7 administradores de empresas (3,7 %), 6 agricultores (3,1 %). Además se encontraron con porcentajes más bajos 3 padres policías (1,6 %), 3 oficiales de construcción (1,6 %), 2 comunicadores (1,0 %), 2 economistas (1,0 %), 2 padres que realizan domicilios (1,0 %), 2 químicos farmacéutas (1,0 %), y dentro de lo que puntúan más bajo se encuentran 1 padre militar (0,5 %), 1 operario (0,5 %), 1 salud ocupacional (0,5 %), 1 contador (0,5 %), 1 odontólogo (0,5 %), 1 zootecnista (0,5 %), 1 topógrafo (0,5 %), 1 auxiliar administrativo (0,5 %), 1 jefe de mantenimiento (0,5 %), 1 padre que trabaja en seguridad (0,5 %), 1 licenciado en español (0,5 %), 1 asesor de seguros (0,5 %), 1 metalistero (0,5 %), 1 vitalista (0,5 %) 1 un padre que no presenta profesión alguna (0,5 %).

Tabla 9. Ocupación del padre.

		<b>Ocupación padre</b>			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Pensionado	26	13,6	13,6	13,6
	Trabajador independiente	54	28,3	28,3	41,9
	Vitralista	1	,5	,5	42,4
	Metalistero	1	,5	,5	42,9
	Funcionario público	14	7,3	7,3	50,3
	Asesor de seguros	1	,5	,5	50,8
	Conductor	11	5,8	5,8	56,5
	Ingeniero	11	5,8	5,8	62,3
	Licenciado en Español	1	,5	,5	62,8
	Administrador de empresas	7	3,7	3,7	66,5
	Medico	9	4,7	4,7	71,2
	Docente	11	5,8	5,8	77,0
	Seguridad	1	,5	,5	77,5
	Agricultor	6	3,1	3,1	80,6
	Químico farmacéutico	2	1,0	1,0	81,7
	Ninguna	1	,5	,5	82,2
	Abogado	11	5,8	5,8	88,0
	Jefe de mantenimiento	1	,5	,5	88,5
	Domicilio	2	1,0	1,0	89,5
	Pastor	2	1,0	1,0	90,6
	Economista	2	1,0	1,0	91,6
	Policía	3	1,6	1,6	93,2
	Auxiliar administrativo	1	,5	,5	93,7
	Oficial en construcción	3	1,6	1,6	95,3
	Topógrafo	1	,5	,5	95,8
	Zootecnista	1	,5	,5	96,3
	Comunicador	2	1,0	1,0	97,4
	Odontólogo	1	,5	,5	97,9
	contador	1	,5	,5	98,4
	Salud ocupacional	1	,5	,5	99,0
	Operario	1	,5	,5	99,5
	Militar	1	,5	,5	100,0
	Total	191	100,0	100,0	

## Relación entre los estilos de apego y la ideación suicida

Ahora bien, respecto a la madre, de los 191 evaluados se encuentra una marcada tendencia a que la ocupación de esta sea ama de casa con un total de 76 madres (39,8%), seguido por la ocupación de trabajadora independiente con 42 casos (22,0%). La siguiente tendencia que se observa es la ocupación de docente con 13 casos (6,8%) y pensionada con 9 (4,7%). Algunas otras profesiones con un número superior a 1 o 2 casos fueron abogada con 8 (4,2%), administradora de empresas 7 (3,7%), secretaria 6 (3,1%) y enfermera jefe con 4 (2,1%).

Tabla 10. Ocupación de la madre.

		<b>Ocupación madre</b>			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Pensionada	9	4,7	4,7	4,7
	Ama de casa	76	39,8	40,0	44,7
	Trabajadora independiente	42	22,0	22,1	66,8

Relación entre los estilos de apego y la ideación suicida

Operaria aérea	1	,5	,5	67,4
Conductora	1	,5	,5	67,9
Secretaria	6	3,1	3,2	71,1
Docente	13	6,8	6,8	77,9
Administradora de empresas	7	3,7	3,7	81,6
Servidora pública	2	1,0	1,1	82,6
Odontóloga	2	1,0	1,1	83,7
Abogada	8	4,2	4,2	87,9
Estudiante	1	,5	,5	88,4
Técnica en sistemas	1	,5	,5	88,9
Asistente	1	,5	,5	89,5
Administrador financiero	1	,5	,5	90,0
Tecnóloga forestal	2	1,0	1,1	91,1
Empleada domestica	1	,5	,5	91,6
Enfermera jefe	4	2,1	2,1	93,7
Medica	2	1,0	1,1	94,7
Psicóloga	2	1,0	1,1	95,8
Auxiliar de odontología	2	1,0	1,1	96,8
Pastora	2	1,0	1,1	97,9
Supervisora	1	,5	,5	98,4
Auxiliar contable	1	,5	,5	98,9
Chef	1	,5	,5	99,5
Bacterióloga	1	,5	,5	100,0
Total	190	99,5	100,0	
Perdidos Sistema	1	,5		
Total	191	100,0		

En relación al diagnóstico de enfermedad de tipo mental, de los 191 estudiantes 176 de ellos niega diagnóstico (92,1 %), 4 presentan diagnóstico de depresión (2,1 %), así como 3 fueron diagnosticados con TAB, 2 con ansiedad (1,0 %), y el resto 1 con TDH (0,5 %), 1 Síndrome de soledad inquieta (0,5 %), 1 Vigorexia (0,5 %), 1 bulimia nerviosa (0,5 %), 1 TOC (0,5 %). Finalmente se encuentra 1 dato perdido en el sistema.

*Figura 7.* Frecuencia diagnóstico al estudiante participante.

Referente al tiempo de tratamiento mental, el mayor número se observa dentro de los estudiantes que niegan que en algún momento de su vida hayan tenido alguno con una

Relación entre los estilos de apego y la ideación suicida

moda de 153 casos (80,1%), seguido pero en menor proporción por sujetos que refieren haber tenido 1 mes de tratamiento con 8 casos (4,2%), luego se encuentran las personas que refieren haber tenido tratamiento durante el periodo de 1 año con 6 estudiantes (3,1%). Además se observa con el mismo número de casos los tiempos de tratamiento de 3 meses, 4 meses y 3 años con 4 estudiantes cada uno (2,1%).

Tabla 11. Frecuencia de tiempo en tratamiento mental

		<b>Tratamiento mental</b>			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Niega	153	80,1	80,1	80,1
	1 mes	8	4,2	4,2	84,3
	2 meses	2	1,0	1,0	85,3
	3 meses	4	2,1	2,1	87,4
	4 meses	4	2,1	2,1	89,5
	5 meses	2	1,0	1,0	90,6
	6 meses	2	1,0	1,0	91,6
	3 años	4	2,1	2,1	93,7
	no recuerda	2	1,0	1,0	94,8
	7 años	1	,5	,5	95,3
	4 años	1	,5	,5	95,8
	menos de un mes	1	,5	,5	96,3
	1 año	6	3,1	3,1	99,5
	2 años	1	,5	,5	100,0
	Total	191	100,0	100,0	

En este sentido y profundizando en antecedentes de los investigados, se encontró que el mayor número de la población; es decir, 143 personas (74,9 %) niegan algún tipo de antecedente familiar, seguido por 12 personas con familiares con depresión (6,3 %), 7 con alzhéimer (3,7 %), 6 personas con TAB (3,1 %), 5 con ansiedad (2,6 %), 5 esquizofrenia (2,6 %), 3 con depresión y alzhéimer (1,6 %), 2 esquizofrenia y TAB (1,0 %), 2 discapacidad intelectual (1,0 %), y con los puntajes más bajos se encuentran 1 TDH (0,5

%), 1 paciente con psicosis (0,5 %), 1 con depresión y ansiedad (0,5 %), 1 con alzhéimer y TAB (0,5 %), depresion y TAB con 1 (0,5 %) y finalmente 1 persona que no recuerda (0,5 %).

Tabla 12. Frecuencia de antecedentes familiares con enfermedad mental

		<b>Antecedentes familiares</b>		Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
		Frecuencia	Porcentaje		
Válido	Niega	143	74,9	74,9	74,9
	Esquizofrenia	5	2,6	2,6	77,5
	Discapacidad intelectual	2	1,0	1,0	78,5
	TDAH	1	,5	,5	79,1
	Depresión	12	6,3	6,3	85,3
	Ansiedad	5	2,6	2,6	88,0
	TAB	6	3,1	3,1	91,1
	Alzheimer	7	3,7	3,7	94,8
	Psicosis	1	,5	,5	95,3
	No recuerda	1	,5	,5	95,8
	Depresión y Alzheimer	3	1,6	1,6	97,4
	Esquizofrenia y TAB	2	1,0	1,0	98,4
	Depresión y Ansiedad	1	,5	,5	99,0
	Alzheimer y TAB	1	,5	,5	99,5
	Depresión y TAB	1	,5	,5	100,0
	Total	191	100,0	100,0	

En este sentido, se les pregunto si alguno de sus familiares había tenido tratamiento mental ya sea psicológico o psiquiátrico y si conocían el motivo de la intervención. Según lo obtenido, se observa que 132 de los estudiantes niegan tener conocimiento sobre este hecho (69,1%), seguido se encuentra que 12 individuos señalan que algún familiar ha sido tratado por depresión (6,3%), 6 personas refieren que su familiar fue tratado por ansiedad o que desconocen la razón del tratamiento (3,1%), y 5 personas refieren que su familiar ha sido tratado por trastorno afectivo bipolar (TAB) (2,6%). Además, 4 estudiantes refieren

que su familiar ha sido tratado por alzhéimer (2,1%), y con igual número de casos de observa tratamiento de algún familiar por esquizofrenia, relaciones familiares y comorbilidades como depresión y alzhéimer, esquizofrenia y trastorno afectivo bipolar y depresión y ansiedad (1,6%).

Se observa además y de gran importancia para la investigación, que 2 estudiantes refieren que el tratamiento que ha recibido su familiar ha sido a causa de un intento de suicidio (1,0%). Ahora bien, en proporciones de solo 1 aparición se encuentra la discapacidad intelectual, el TDAH, la estabilidad económica, tensión emocional, un evento no normativo, psicosis, traumatismo craneoencefálico (TEC), problemas de aprendizaje y un estudiante en donde un familiar fue tratado por una discapacidad intelectual y otro por TAB (0,5%).

Tabla 13. Motivo de tratamiento mental familiar

		<b>Tratamiento mental familiar</b>			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Niega	132	69,1	69,1	69,1
	Esquizofrenia	3	1,6	1,6	70,7
	Discapacidad intelectual	1	,5	,5	71,2
	TDAH	1	,5	,5	71,7

Relación entre los estilos de apego y la ideación suicida

Depresión	12	6,3	6,3	78,0
Ansiedad	6	3,1	3,1	81,2
TAB	5	2,6	2,6	83,8
Alzheimer	4	2,1	2,1	85,9
Estabilidad económica	1	,5	,5	86,4
Desconoce	6	3,1	3,1	89,5
Relaciones familiares	3	1,6	1,6	91,1
Tensión emocional	1	,5	,5	91,6
Evento no normativo	1	,5	,5	92,1
Psicosis	1	,5	,5	92,7
Intento de suicidio	2	1,0	1,0	93,7
TEC	1	,5	,5	94,2
Problemas de aprendizaje	1	,5	,5	94,8
D.I y TAB	1	,5	,5	95,3
Depresión y Alzheimer	3	1,6	1,6	96,9
Esquizofrenia y TAB	3	1,6	1,6	98,4
Depresión y ansiedad	3	1,6	1,6	100,0
Total	191	100,0	100,0	

Ahora bien, ya habiendo descrito las variables recolectadas mediante la ficha sociodemográfica, a continuación se presentaran los resultados encontrados a partir del Instrumento de Lazos Parentales PBI y de la Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos CES-D. Respecto a este último, para un total de 191 personas dentro de la muestra, se encuentran que hubo dentro del sistema 3 datos perdidos; es decir, el 1,6%. De este total de 188 datos válidos, 169 han presentado dentro de la escala CES-D un puntaje normal, es decir el 88,5% de la población. Por lo tanto 19 sujetos presentaron puntaje depresivo, lo que indicaría que el 9,9% de los encuestados presentan ideación suicida. Estos resultados se expresan en la siguiente tabla.

Tabla 14. Resultados CES-D

		CESD			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Puntaje normal	169	88,5	89,9	89,9



Relación entre los estilos de apego y la ideación suicida

	Puntaje depresivo	19	9,9	10,1	100,0
	Total	188	98,4	100,0	
Perdidos	Sistema	3	1,6		
	Total	191	100,0		

En este sentido, con los dos cuadros siguientes, se cumple con lo propuesto dentro del objetivo específico número dos; es decir, describir los estilos de apego seguro, ambivalente, evitativo y desorganizado en los estudiantes universitarios de una universidad privada. Toda vez que y como se verá dentro de la discusión, el apego seguro equivale al vínculo óptimo, el apego ambivalente a la constricción cariñosa, el apego evitativo al vínculo débil y el desorganizado a control sin afecto.

En este orden, a partir de los encontrado por el Instrumento de Lazos Parentales PIB en relación con el vínculo con el padre, se haya que de 191 sujetos dentro de la muestra, el mayor número de personas con porcentaje del 40,8% presentan vínculo óptimo, es decir 78 individuos. En segundo lugar con un 24,6 % se encuentra el control sin afecto, es decir 47 personas; en tercer lugar se encontraron 17,8% de personas con constricción cariñosa con un total de 34 estudiantes y finalmente con un 16,8% están los sujetos con vínculo ausente, es decir, 32 personas. Como se observa en la siguiente tabla.

Tabla 15. Resultados PIB, vínculo con padre.

		<b>Vínculo con Padre</b>			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Vinculo optimo	78	40,8	40,8	40,8
	Vinculo ausente	32	16,8	16,8	57,6
	Constricción cariñosa	34	17,8	17,8	75,4
	Control sin afecto	47	24,6	24,6	100,0
	Total	191	100,0	100,0	

## Relación entre los estilos de apego y la ideación suicida

En consonancia, en relación con vínculo con la madre, de los 191 sujetos, se encuentra que el mayor número de personas con porcentaje del 42,4% presentan vínculo óptimo, es decir 81 individuos. En segundo lugar con un 26,7 % se encuentra el control sin afecto, es decir 51 personas; en tercer lugar se identificó 19,4% de personas con constricción cariñosa con un total de 37 estudiantes y finalmente con un 11,5% están los sujetos con vínculo ausente; es decir 22 personas. Los datos se reflejan la siguiente tabla.

*Tabla 16.* Resultados PIB, vínculo con madre.

		<b>Vínculo con Madre</b>			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Vínculo óptimo	81	42,4	42,4	42,4
	Vínculo ausente	22	11,5	11,5	53,9
	Constricción cariñosa	37	19,4	19,4	73,3
	Control sin afecto	51	26,7	26,7	100,0
	Total	191	100,0	100,0	

Ahora bien, se considera pertinente agregar algunas tablas y figuras correspondientes únicamente a los estudiantes que fueron identificados con sintomatología de tipo depresiva; es decir, de los 191 estudiantes, 19 personas. Respecto a la distribución por sexo, se observó una prevalencia en las mujeres con 14 casos (73.7%), mientras que los hombres presentaron 5 personas (26.3%)

*Tabla 17.* Frecuencia del sexo puntajes altos CES-D.

		<b>Frecuencia del sexo CES-D</b>			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Hombre	5	26,3	26,3	26,3
	Mujer	14	73,7	73,7	100,0
	Total	19	100,0	100,0	

## Relación entre los estilos de apego y la ideación suicida

En cuanto la distribución de estos 19 casos dentro de los programas, se encontró que el mayor número pertenecía al programa de enfermería con 7 (36.8), seguido de la carrera de psicología con 5 (26.3), luego medicina con 4 estudiantes (21.1), seguido por derecho con 2 personas (10.5%) y finalmente administración de empresas con 1 (5.3%). Recalca el hecho que dentro ingeniería industrial no se obtuvo puntajes altos.

*Tabla 18.* Distribución por programas puntajes altos CES-D.

		<b>Programa</b>			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Psicología	5	26,3	26,3	26,3
	Derecho	2	10,5	10,5	36,8
	Administración de empresas	1	5,3	5,3	42,1
	Medicina	4	21,1	21,1	63,2
	Enfermería	7	36,8	36,8	100
	Total	19	100	100	

Relacionado con las edades, nuevamente se encuentra una tendencia, ya que la edad de 18 y 19 años cada una con 7 casos tiene la mayor incidencia (36.8%). Luego en menor proporción los 20 años con 2 estudiantes (10.5%) y con 1 caso cada una las edades de 21, 22 y 26 (5.3%). Lo que quiere decir que dentro de las edades 23, 24, 25, 27, 28 y 29, no hubo personas con sintomatología depresiva.

*Figura 8.* Distribución por edades puntajes altos CES-D.

En cuanto a los semestres, los semestres primero, tercero y sexto, cada uno conto con una persona con alto puntaje en el CES-D (5.3%), el semestre octavo presentó dos

casos (10.5%), segundo semestre 3 estudiantes (15.8%), cuarto semestre 5 (26.3%) y quinto semestre 6 casos (31.6%).

*Figura 9.* Distribución por semestres puntajes altos CES-D

Los datos relacionados con el estrato socioeconómico de las 19 personas con puntaje alto dentro del CES-D, se observó que el estrato I presentó 1 caso (5.3%), los estratos II y III cada una 5 estudiantes (26.3%), el estrato IV presentó 4 personas (21.1%), y los estratos V y VI cada una 2 casos (10.5%).

*Figura 10.* Distribución por estratos socioeconómicos puntajes altos

Ahora bien, en cuanto al número de hermanos, se encontró que 6 personas referían tener 1 hermano (31.6%), al igual que otras 6 refieren tener 2 (31.6%), 2 estudiantes afirman tener 3 hermanos (10.5%), una persona dice tener 18 (5.3%) y 4 señalan ser hijos únicos (21.1%).

*Tabla 19.* Distribución por número de hermanos puntajes altos CES-D.

Frecuencia	Hermanos		Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
	Porcentaje			

Relación entre los estilos de apego y la ideación suicida

Válido	1	6	31,6	31,6	31,6
	2	6	31,6	31,6	63,2
	3	2	10,5	10,5	73,7
	No tiene	4	21,1	21,1	94,7
	18	1	5,3	5,3	100,0
	Total	19	100,0	100,0	

Respecto a la profesar una religión, se encontraron dentro de estas 19 personas solo 3 factores. La religión católica obtuvo el mayor número de casos con 11 (57.9), luego el no profesar ningún tipo de culto con 5 personas (26.3%), seguido de la religión cristiana con un número de 3 estudiantes (15.8%)

Figura 11. Distribución por religión puntajes altos CES-D

Otra variable a señalar es el inicio otro pregrado académico diferente del que actualmente se cursa, observándose que 15 personas negaron el haber iniciado otra carrera (78.9%), mientras que 4 personas refieren haber iniciado otros pregrados, entre ellos ingeniería industrial con 1 persona (5.3%), biología también con 1 caso (5.3%), veterinaria nuevamente con 1(5.3%) y administración de empresas igualmente con 1 estudiante (5.3%),

Tabla 20. Distribución por pregrados anteriores puntajes altos CES-D.

		Pregrados anteriores		Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
		Frecuencia	Porcentaje		
Válido	Pregrado único	15	78,9	78,9	78,9
	Ingeniería Industrial	1	5,3	5,3	84,2
	Administración de empresas	1	5,3	5,3	89,5
	Biología	1	5,3	5,3	94,7
	Veterinaria	1	5,3	5,3	100,0
	Total	19	100,0	100,0	

## Relación entre los estilos de apego y la ideación suicida

Una variable que era de especial interés era si estas 19 personas ya habían sido diagnosticadas con una enfermedad mental. Lo que se encontró fue que 12 personas niegan el haber sido diagnosticados (63.2%), mientras que 7 señalan estarlo. Cada uno de los siguientes trastornos contaron un 1 caso, trastorno de atención con hiperactividad TDAH (5.3%), depresión (5.3%), ansiedad (5.3%), trastorno afectivo bipolar (5.3%), bulimia nerviosa (5.3%).

*Tabla 21.* Distribución por diagnostico puntajes altos CES-D.

		<b>Diagnosticado</b>			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Niega	12	63,2	63,2	63,2
	TDAH	1	5,3	5,3	68,4
	Depresión	1	5,3	5,3	73,7
	Ansiedad	1	5,3	5,3	78,9
	TAB	3	15,8	15,8	94,7
	Bulimia nerviosa	1	5,3	5,3	100,0
	Total	19	100,0	100,0	

Otra variable de interés fue si estas 19 personas habían tenido en algún momento de su vida tratamiento de tipo psiquiátrico y/o psicológico en su vida. De esta pregunta, se encontró que de las personas con alto puntaje en el CES-D, 10 negaban haber tenido este tipo de atención (52.6%), 1 persona refería haberlo tenido por 1 mes (5.3%), otra por 6 meses (5.3%), 3 estudiantes señalaban haber llevado tratamiento por 3 años (15.8%), 1 por 7 años (5.3%) y 3 por 1 año (15.8%).

*Figura 12.* Distribución por tiempo de tratamiento puntajes altos CES-D

En este sentido, en cuanto antecedentes familiares se observó que 10 niegan el tener algún familiar con una enfermedad de tipo mental (52.6%), 2 refieren un familiar con

depresión y otras 2 con ansiedad (10.5%). De las siguientes enfermedades 1 persona refiere tener un pariente con esta enfermedad , esquizofrenia, trastorno afectivo bipolar, psicosis y depresión y Alzheimer (5.3%), además 1 persona señala que si bien conoce que algún familiar padece de trastornos mentales, no recuerda cual (5.3%).

Tabla 22. Distribución por antecedentes familiares puntajes altos CES-D.

		Antecedentes familiares		Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
		Frecuencia	Porcentaje		
Válido	Niega	10	52,6	52,6	52,6
	Esquizofrenia	1	5,3	5,3	57,9
	Depresión	2	10,5	10,5	68,4
	Ansiedad	2	10,5	10,5	78,9
	TAB	1	5,3	5,3	84,2
	Psicosis	1	5,3	5,3	89,5
	No recuerda	1	5,3	5,3	94,7
	Depresión y Alzheimer	1	5,3	5,3	100,0
	Total	19	100,0	100,0	

En cuanto al vínculo con el padre, se encontró que, 9 estudiantes poseen control sin afecto, es decir, apego desorganizado (47.4%), 8 personas calificaron para vínculo ausente, lo que se traduce en un apego evitante (42.1%),1 estudiante con constricción cariñosa o apego ambivalente (5.3%) y solo 1 para a vinculo optimo o apego seguro (5.3%).

Figura 13. Vínculos con el padre puntajes altos CES-D

En este orden, lo que se refiere al vínculo con la madre, se encontró que, 12 personas tienen control sin afecto, es decir, apego desorganizado (63.2%), 4 estudiante con constricción cariñosa o apego ambivalente (21.1%), 2 alumnos calificaron para vínculo ausente, lo que se traduce en un apego evitante (10.5%),y solo 1 para a vinculo optimo o apego seguro (5.3%).

*Figura 14. Vínculos con la madre puntajes altos CES-D*

### **Análisis de resultados**

Respecto a la elaboración de relaciones entre variables, para hacer los análisis de correlación se requiere que las variables sean estrictamente cuantitativas, es por esto que no se puede hacer bajo este tipo de pruebas de coeficientes, por tal motivo, se recurre a otros métodos alternos de análisis de correlación de variables como lo son el análisis factorial de correspondencia múltiple y el análisis discriminante, los cuales se hacen con



base a las distribuciones o ecuaciones cuadrados y valores test, esto permite comprobar si efectivamente hay efecto significativo o no de este conjunto de variables (Greenacre, 2008).

### **Análisis factorial de correspondencia múltiple**

Cuando se realizan análisis para encontrar factores, se hace una valoración que es con prueba de hipótesis, estas pruebas trabajan bajo un criterio específico es cual es:

$$Z \frac{0.05}{2} = Z 0.025=1,96$$

*Figura 15.* Valor absoluto de Z.

Esto quiere decir que el valor absoluto de Z cuando sea mayor o igual a  $z\alpha/2$  se acepta la hipótesis de investigación. En este sentido, al haberse trabajado bajo un confiabilidad del 95% y una significancia del 5% y con una Z de 0.05/2, es igual a Z 0.025; dentro de la tabla de distribución normal estándar, este valor de Z es igual a 1,96, por lo cual todos aquellos valores absolutos dentro de la primera columna de valores test mayores o iguales a este número son los atributos o características que mejor definen a la muestra (Greenacre, 2008). Estas características fueron.

*Tabla 23.* Resultados del análisis factorial de correspondencia múltiple.

- Control sin afecto con el padre
- Vinculo óptimo con el padre
- Control sin afecto con la madre
- Vinculo optimo con la madre
- Vinculo débil con la madre
- Ser hombre

- Ser mujer
- Edades entre 18 a 20
- Edades entre 21 a 23
- Programa de Administración de empresas
- Programa de Derecho
- Programa de Enfermería
- Programa de Medicina
- Estar en 2°, 4°, 6°, 7° y 8° semestre
- Vivir en Estratos 2, 3,4,5, y 6
- Residir en los municipios de Armenia, Buena vista y La tebaida
- Vivir con 1 y 3 personas
- Tener 4 hermanos o no tener ninguno
- El estado civil de soltero y unión libre
- Tener o no tener hijos
- Otros pregrados como biología
- Edad del padre de 55
- Edad de la madre de 36, 47, 51y 54
- Ocupación padre: abogado, agricultor, conductor, docente y medico
- Ocupación madre: abogada, ama de casa, auxiliar de odontología, bacterióloga, docente y pensionada.
- Tratamiento mental de 1 año o niega
- Antecedentes familiares de: depresión y TAB, depresión y ansiedad, esquizofrenia y niega.
- Tratamiento mental familiar: depresión y ansiedad, esquizofrenia y niega

En este sentido, al tener las variables puede generarse un perfil de individuo, un factor o una condición, este se expresa dentro del plano factorial, sin embargo, estos parámetros simplemente explican cuáles son los importantes, no logra discriminar entre aquellos cuales tienen o no ideación suicida, es por esta razón que se complementa el estudio con el análisis discriminante para encontrar que variables se relacionan con la ideación suicida.

## Relación entre los estilos de apego y la ideación suicida

Es de esta manera que se cumple parcialmente con lo propuesto dentro del objetivo específico número tres, toda vez que se logra identificar a partir de los factores aportados por la ficha sociodemográfica, el instrumento PBI y la escala CES-D, aquellas características que corresponden en función de la escala CES-D con perfil de estudiante universitario. Es por esta razón que se usa el análisis discriminante para identificar específicamente cuales de estos factores se relacionan con la ideación suicida.

Dentro del plano factorial, se encuentra el análisis de los 119 factores, en donde el software ha mezclado todas las variables. Lo que se observa es que aquellas que se acercan al centro es lo común o promedio para la muestra y lo que se aleja es donde hay mayor variabilidad. Aquellos que están en la periferia brindan un patrón, toda vez que expone lo que es diferente a la población global.

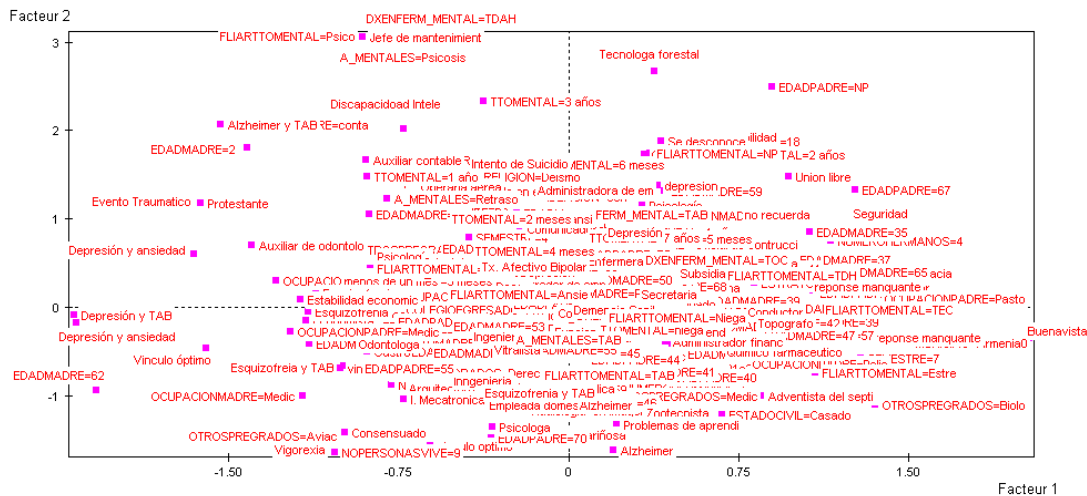


Figura 16. Plano factorial de correspondencia múltiple

### Análisis discriminante

El análisis discriminante es una técnica que permite clasificar o diferenciar mediante variables independientes aquellas características que mejor diferencian un grupo. Además,

## Relación entre los estilos de apego y la ideación suicida

“permite cuantificar su poder de discriminación en la relación de pertenencia de un sujeto u objeto a un grupo u otro” (Torrado, Fonseca, 2013, p.151).

En cuanto a este análisis se ha discriminado la ideación suicida en función con las variables del tipo de apego con padres, además, para generar un perfil se ha relacionado en función de todas las variables encontradas en la ficha sociodemográfica.

Ahora bien dentro del primer análisis, se encuentra que existe una relación entre la ideación suicida y el control sin afecto por parte de la madre. De la misma manera, logra observarse que existe una relación entre ausencia de pensamientos suicidas y el vínculo óptimo tanto del padre como de la madre.

```

CARACTERISATION PAR LES MODALITES DES CLASSES OU MODALITES
DE IDEACION [AC]
IDEACION=Con
-----
V.TEST...PROBA ---- POURCENTAGES ---- MODALITES
CLA/MOD MOD/CLA GLOBAL CARACTERISTIQUES DES VARIABLES IDEN POIDS
-----
9.42 IDEACION=Con AC_1 18
10.40 0.000 100.00 100.00 9.42 IDEACION=Con IDEACION [AC] AC_1 18
3.07 0.001 22.00 61.11 26.18 Control sin afecto LAZOPARENTMADRE [AB] AB_3 50
-----
IDEACION=NP
-----
V.TEST...PROBA ---- POURCENTAGES ---- MODALITES
CLA/MOD MOD/CLA GLOBAL CARACTERISTIQUES DES VARIABLES IDEN POIDS
-----
IDEACION=Sin
-----
V.TEST...PROBA ---- POURCENTAGES ---- MODALITES
CLA/MOD MOD/CLA GLOBAL CARACTERISTIQUES DES VARIABLES IDEN POIDS
-----
89.01 IDEACION=Sin AC_3 170
11.00 0.000 100.00 100.00 89.01 IDEACION=Sin IDEACION [AC] AC_3 170
2.89 0.002 98.39 35.88 32/46 Vinculo optimo LAZOPARENTPADRE [AA] AA_6 62
2.81 0.002 97.26 41.76 38.22 Vinculo optimo LAZOPARENTMADRE [AB] AB_6 73
-----
    
```

Figura 17. Análisis discriminante 1.

Dentro del segundo análisis donde se ha relacionado la ideación suicida en función con todas las variables encontradas dentro de la base de datos es decir, los puntajes obtenidos por la escala CES-D, el instrumento PBI y la ficha sociodemográfica, logra determinarse nuevamente que dentro de las personas con ideación suicida identifica como una característica el vínculo de control sin afecto con la madre y además el haber tenido

## Relación entre los estilos de apego y la ideación suicida

tratamiento psicológico o psiquiátrico por 3 años. Por el lado de las personas sin ideación, se obtiene como se mencionó en el análisis anterior una relación con el vínculo óptimo tanto del padre como de la madre, además de encontrarse como característica que estas personas niegan haber tenido en algún momento de su vida tratamiento psicológico o psiquiátrico. Al no presentarse dentro del análisis las otras variables ingresadas dentro del sistema, se entiende que no son representativas, es decir, no son un factor que influya dentro de la presencia o no de la ideación suicida.

```

CARACTERISATION PAR LES MODALITES DES CLASSES OU MODALITES
DE IDEACION
IDEACION=Con
[AC]
-----
V.TEST  PROBA  ----  POURCENTAGES  ----  MODALITES
          CLA/MOD  MOD/CLA  GLOBAL  CARACTERISTIQUES  DES VARIABLES  IDEN  POIDS
-----
          9.42  IDEACION=Con
10.40  0.000  100.00  100.00  9.42  IDEACION=Con  IDEACION  [AC]  AC_1  18
3.07  0.001  22.00  61.11  26.18  Control sin afecto  LAZOPARENTMADRE  [AB]  AB_3  50
2.78  0.003  75.00  16.67  2.09  TTOMENTAL=3 años  TTOMENTAL  [AY]  AY_5  4
-----
IDEACION=NP
-----
V.TEST  PROBA  ----  POURCENTAGES  ----  MODALITES
          CLA/MOD  MOD/CLA  GLOBAL  CARACTERISTIQUES  DES VARIABLES  IDEN  POIDS
-----

IDEACION=Sin
-----
V.TEST  PROBA  ----  POURCENTAGES  ----  MODALITES
          CLA/MOD  MOD/CLA  GLOBAL  CARACTERISTIQUES  DES VARIABLES  IDEN  POIDS
-----
          89.01  IDEACION=Sin
11.00  0.000  100.00  100.00  89.01  IDEACION=Sin  IDEACION  [AC]  AC_3  170
2.89  0.002  98.39  35.88  32.46  Vinculo optimo  LAZOPARENTPADRE  [AA]  AA_6  62
2.85  0.002  92.81  83.53  80.10  TTOMENTAL=niega  TTOMENTAL  [AY]  AY13  153
2.81  0.002  97.26  41.76  38.22  Vinculo optimo  LAZOPARENTMADRE  [AB]  AB_6  73
-----
    
```

*Figura 18.* Análisis discriminante 2.

Es entonces a partir de este análisis de discriminante que se logra completar el objetivo número tres y además, puede cumplirse con el objetivo específico número cuatro; es decir, establecer la relación entre los estilos seguro, ambivalente, evitativo y desorganizado con la ideación suicida, toda vez que al identificar el control sin afecto o apego desorganizado de la madre y el tratamiento mental por tres años como factor de riesgo; y el apego seguro o vínculo óptimo tanto con padre como con madre y el negar o no

haber tenido tratamiento mental como factor protector se obtienen los resultados de lo buscado por los objetivos específicos.

### **Discusión**

Este estudio se diseñó con el fin de describir la relación entre los estilos de apego que se tiene con los padres y la ideación suicida en estudiantes de una universidad privada en Armenia, Quindío 2016; así mismo al obtener información sociodemográfica, se pretende realizar una caracterización de las personas con mayor tendencia a la ideación descrita. En el siguiente apartado, se discuten los resultados obtenidos.

La población escogida para la realización de la investigación fueron estudiantes universitarios de todos los programas académicos con los que cuenta la institución abordada, lo cual quiere decir que se llevó a cabo un estudio poblacional; sin embargo existieron unos criterios de inclusión establecidos, como el rango de edad (entre los 18 y 29 años), este criterio fue determinado con base a la tasa de fallecimientos según el Forensis por suicidio; es decir, que dentro de estas edades se presenta el mayor número de personas que se han quitado la vida. Otro criterio fue estar activo en alguno de los regímenes en salud, toda vez que dicho factor toma importancia al momento de realizar la entrega de la remisión a la EPS de aquellas personas que puntuaron con depresión, ya que a partir de ese momento, su entidad debe activar la ruta establecida para intervenir a personas con la sintomatología mencionada.

Otro criterio fue el no estar en prácticas académicas, esto teniendo en cuenta que la localización de los estudiantes que se encuentren en dicha actividad se dificulta, pues están distribuidos no solo en la ciudad, sino también en el departamento, es por esto que del programa de ingeniería industrial, solo se pudo tener acceso a los estudiantes de primero, segundo y tercer semestre, ya que desde cuarto semestre hasta decimo semestre los estudiantes se encuentran en la modalidad de prácticas, las cuales se desarrollan durante el primer trimestre del semestre académico. El ultimo criterio fue el haber vivido tanto con padre como con madre desde el nacimiento hasta 16 años de edad, este criterio fue preestablecido por el instrumento de lazos parentales PBI, ya que la herramienta solo podía asegurar la identificación correcta del lazo con el padre si había compartido físicamente con ellos durante ese lapso de tiempo, es por este motivo que el número de la muestra disminuyó significativamente, puesto que de 1300 estudiantes solo 191 lograron ser incluidos.

Al momento de ingresar a los salones y realizar la discriminación anterior, se observaba el bajo número de estudiantes que había convivido con ambos padres hasta la edad de 16 años; por ejemplo, en semestres numerosos como lo son los programas de medicina de esta universidad con aproximadamente 45 estudiantes por semestre, de los cuales se encontró que tan solo 1 ó 2 no tenían los otros criterios, solo entre 5 ó 7 cumplían con lo requerido por el PBI, además de esto se tiene en cuenta que el criterio mayormente discriminante fue el haber vivido con ambos padres hasta los 16 años de edad.

Este número tan particular, hace considerar la importancia de realizar no solo una investigación en ideación suicida con toda población, sino también que este elemento clave puede ser investigado por otras personas, pues se ha comprobado que la estructuración de las familias modernas ya no es la característica familia nuclear. Es decir, padre, madre e

hijos, sino que al momento de preguntarle a los estudiantes que clase de familia tenían, en su gran mayoría eran estructuradas por padres divorciados a temprana edad de sus hijos, de igual manera por familiar reconstituidas en donde su madre o su padre habían vuelto a establecer una relación sentimental o también un hecho bastante llamativo y es el haber sido criando por un pariente muy cercano como un abuelo, abuela, tío o tía, pues su padre o madre se encuentran resididos en otro país desde hace varios años.

Respecto a lo encontrado dentro de los resultados se halló que 19 personas de los 188 datos validos puntuaron significativamente alto dentro de la Escala CES-D; es decir, el 9.9% de la muestra. La calificación para la prueba es diferente si se es hombre o se es mujer, toda vez que el punto de corte brinda puntajes distintos; por ejemplo para los hombres el punto de corte es 35, mientras que para las mujeres es 42 (Villalobos, 2010). Por el hecho que el punto de corte sea mayor en las mujeres que en los hombres se entiende que para que sea significativa la sintomatología en la mujer necesita la acumulación de un mayor número de indicadores, además, esto brinda la interpretación que para la aparición de sintomatología depresiva en el hombre se necesitan menores indicadores, lo cual quiere decir que en el género masculino puede presentarse mayor vulnerabilidad o riesgo suicida, lo cual se relaciona con los datos expuestos por el INMLCF en el informe Forensis, toda vez que el mayor la prevalencia de muertes por hombres que por mujeres (Cárdenas, 2015).

En este sentido, la depresión es el indicador o predictor más directo que existe de la ideación suicida (Orbach, 1997), por lo tanto tener esta sintomatología implica que existe un pensamiento dicotómico, es decir, solo hay consideraciones entre el sí o el no, lo cual se acompaña de una rigidez cognitiva, la resolución de problemas se encuentra deteriorada; por lo tanto se considera la muerte como lo más apropiada y conveniente para solucionar el



problema. Por esta razón, la persona inicia con pensamientos rumiantes sobre el acto, llegando al punto de desearlo y planearlo (Ellis, 2006).

La idea del común es que aquellas personas que se encuentran con pensamientos suicidas inician con conductas autodestructivas previas, sin embargo, para que llegue la consumación del suicidio lo que debe existir es un estado mental interiorizado como los pensamientos automáticos o distorsiones cognitivas. Este estado mental tiene que ver con la presencia de baja autoestima, desesperanza, fracaso anticipado, tristeza permanente y la concepción que el suicidio es la solución a los problemas (Villardón, 1993). Como tal el pensamiento y la conducta suicida es considerada como una respuesta desadaptativa a un estrés producido por eventos de la vida, producida por la falta de importancia en el afrontamiento de conflictos y la autorregulación de emociones (Ellis, 2006).

Ahora bien, puede decirse que aquellas personas que atraviesen por este estado están en una crisis de vida, toda vez que existe un deterioro para la capacidad de solución de conflictos (Slaikeu, 1996), lo importante es que este curso se supere adecuadamente, ya que la culminación inadecuada de una crisis puede producir un deterioro mental a largo plazo (Slaikeu, 1996 citando a Caplan, 1964). Este hecho se ve relacionado con lo encontrado por el análisis discriminante, ya que hubo dos variables que pudieron establecerse en función al puntaje del CES-D relacionadas con este aspecto; la primera fue en las personas que puntuaron sin sintomatología, ya que se encontró que niegan o no han tenido en algún momento de su vida tratamiento psicológico o psiquiátrico; la segunda fue en las personas que puntuaron con sintomatología, pues se observó una relación entre este hecho y haber tenido tratamiento por 3 años.

Esta relación mencionada anteriormente y establecida por el software brinda la posibilidad de interpretar que aquellas personas que no poseen riesgo suicida, tienen

mecanismos adaptativos eficaces para sobrellevar eventos de su vida, por lo cual no han tenido que asistir a un acompañamiento de tipo mental; en cuanto a las personas con tratamiento, si bien la relación es con 3 años de tratamiento, llama la atención observar la tabla de frecuencia y encontrar que 9 de las 19 personas con puntuación con depresión han recibido en algún momento de su vida un tratamiento mental, lo que implica que estos sujetos han aceptado el hecho que necesitan de un acompañamiento profesional para sobrellevar su estado psíquico.

Continuando con lo mencionado, cabe mencionar que de esas 19 personas, 7 estudiantes refieren tener algún tipo de trastorno mental, entre ellos depresión, TAB, TDAH, ansiedad y bulimia nerviosa. En este sentido, es probable que aquellas personas con diagnóstico de depresión, ansiedad y bulimia tengan la patología como consecuencia de una inadecuada culminación de una crisis, además, quiere decir que las 9 personas que no tienen un diagnóstico y que están atravesando la sintomatología, si no resuelven de manera oportuna y adecuada la situación actual, puede producirse un deterioro psíquico a largo plazo.

El paso a seguir con aquellos sujetos que tuvieron una puntuación superior a la mencionada, fue realizar una comunicación telefónica, acordar un momento de encuentro y hacerles entrega de un oficio en donde se encontraba la descripción de su puntaje y lo que representaba dicha puntuación. La carta tomaba el valor de una remisión al médico general de su E.P.S para que él pudiera activar la ruta de atención ya establecida en la entidad para aquellas personas con sintomatología depresiva y de esta forma iniciar un proceso de intervención según lo considere el médico, ya sea por psicología o psiquiatría, todo esto a partir de la gravedad de cada caso, puesto que se presentaron casos desde resultados con el punto de corte exactos, hasta casi la puntuación máxima posible.

Con base a lo encontrado dentro de los antecedentes para Goncalves, Sequeira, Duarte y Freitas (2014), hay mayor riesgo suicida cuando los estudiantes viven solos; sin embargo, dentro de los datos obtenidos de las personas con puntaje significativo para el CES-D, no se hallaron estudiantes que vivieran solos, por el contrario, hubo una variación del número de compañeros de vivienda de 1 hasta 5 personas. De igual forma, el análisis discriminante no lo encontró como una variable significativa; sin embargo dentro del análisis de correspondencia múltiple el vivir con 1 o 3 personas si es determinante. No obstante, no es claro precisar si lo es para la no aparición o aparición de la ideación.

Por otra parte, en relación a lo encontrado en la investigación en cuanto a los vínculos con los padres, se halló respecto al padre que el 40.8% tenían vínculo optimo, 24.6% control sin afecto, 17.8% constricción cariñosa y 16.8% vínculo ausente; en el mismo sentido, lo obtenido a partir de los vínculos con la madre fue el 42.4% de la población con un vínculo optimo, el 26.7% con control sin afecto, el 19.4% con constricción cariñosa y el 11.4% con vínculo ausente. Si bien la distribución es diferente, puede observarse que los 4 tipos de vínculo se encuentran en los mismos puestos para ambos padres.

De acuerdo a la relación establecida mediante el análisis discriminante puede establecerse el vínculo óptimo; es decir, el apego seguro no solo del padre sino también de la madre como un factor protector al momento de la no aparición de una sintomatología depresiva que propicie una ideación o conducta suicida. Esto significa que dentro del proceso de crianza, por parte de sus padres hubo una adecuada lectura de necesidades, el uso de la comunicación fue oportuna, el establecimiento de normas fue clara y precisa, se mostró empático frente las dificultades de su hijo y reforzó su autonomía e independencia de manera asertiva.

Así pues, el vínculo óptimo se presenta en aquellos padres que brindan a sus hijos alto cuidado o afecto y que no los saturan en normas o reglas, lo cual demuestra baja sobreprotección. Este tipo de padres se caracteriza por ser muy afectuosos con sus hijos, son empáticos con ellos cuando atraviesan situaciones emocionales; por lo tanto son contenedores en este ámbito, además refuerzan la autonomía y la independencia de sus hijos. Los padres con control sin afecto les ofrecen a sus hijos poco afecto o cariño y alto control o sobreprotección, es por esto que son fríos emocionalmente, llegando al punto de mostrarse indiferentes con las emociones de sus hijos; es decir, poco empáticos; Sin embargo son muy controladores y establecen de manera muy clara las normas y las reglas que debe llevar su hijo, por lo cual disminuyen la aparición de conductas independientes y autónomas de sus hijos (Gómez, Vallejo, Villada, Zambrano, 2009).

Los padres con constricción cariñosa le brindan a sus hijos alto nivel de afecto y control, por lo cual, son padres bastante empáticos y cercanos a sus hijos, sin embargo son intrusivos, al tener tanto contacto con sus hijos invaden su privacidad, infantilizan, sobreprotegen, controlan y evitan en sus hijos la autonomía. Los padres con vínculo débil o ausente han ofrecido a sus hijos poco afecto y poco control en normas y reglas, por lo tanto son fríos a nivel emotivo con sus hijos y llegan mostrarse indiferentes con los eventos de estos, llegando el punto de observarse negligencia, por lo cual su hijo debe hacerse cargo a temprana edad de sus responsabilidades, puesto que estos padres favorecen la emancipación de sus hijos (Gómez, Vallejo, Villada, Zambrano, 2009).

Dicho en relación al apego, según Gómez, Vallejo, Villada, Zambrano (2009) a partir de la medida del vínculo parental puede determinarse el estilo de apego del sujeto estudiado; el vínculo óptimo sería el apego seguro, el vínculo débil o ausente correspondería al apego evitante y la constricción cariñosa y el control sin afecto

pertenecería a un apego ambivalente con estrategias coercitivas, sin embargo se considera una diferencia significativa respecto a la asignación de los últimos dos vínculos, se concuerda que la constrictión cariñosa corresponde a una apego ambivalente con estrategias coercitivas; no obstante se razona que el control sin afecto pertenece al apego desorganizado. Para esto hay que comparar cada concepto:

El apego seguro se encuentra en hogares en donde los padres son sensibles y realizan adecuadamente lecturas de las necesidades de su hijo, por lo cual le genera una relación de confianza entre ambos; es decir, padre e hijo. Los niños o jóvenes con este tipo de apego no muestran problema alguno al momento de alejarse y mucho menos en acercarse a sus padres, al igual que sus padres no tienen dificultad en interpretar y actuar según las necesidades de sus hijos; es por ello que no se presentan conflictos en la relación. Por esta razón, este tipo de hijos pueden pronosticar y transmitir de manera clara y valiosa mensajes interpersonales con significados cognitivos y afectivos (Bergeret, 2001).

El apego evitante o inseguro se encuentra en aquellos que son padres que refuerzan en sus hijos la independencia desde un plano de insensibilidad a las demandas; por lo cual, al no haber una lectura a tiempo o pertinente de las necesidades hay distanciamiento emocional y físico, esto lleva a que el niño o joven no exprese sus sentimientos y se muestre aislado (Oliva, 2004). Por lo tanto, para que exista estas conductas debe presentarse un patrón de padres específico el cual está caracterizado por acciones rechazantes en especial cuando el joven expresa sus emociones o dificultades, carencias afectivas e indiferencia para prestar ayuda a su hijo en momentos de necesidad (Bergeret, 2001).

Respecto al apego ambivalente con estrategias coercitivas son padres con características sobreprotectoras, por lo cual están en constante advertencia a sus hijos sobre

la peligrosidad del mundo para que de esta forma sus hijos sientan la necesidad del cuidado y la protección de ellos. Es por esta razón que estos niños desarrollan una percepción del mundo como oscuro y amenazante, creencia que refuerza constantemente su familia con la gran cantidad de normas y reglas con el fin de tomar precauciones frente a cualquier eventualidad o calamidad que pudiera llegar a suceder, produciendo una dependencia hacia los adultos (Bergeret, 2001). Por lo tanto, que el apego ambivalente con estrategias coercitivas se considere como el equivalente a la constricción cariñosa, toda vez que presenta altos niveles de control pero el afecto no se ve reducido dentro de la interacción con el hijo.

El apego desorganizado es en gran medida considerado como los contrarios a los seguros, puesto que son llamados los desequilibrados. Este tipo de familia tiene patrones vinculares que genera en los niños conductas dápicas, puesto que son altamente anfitriones; por lo tanto el niño tendrá la tendencia a llenar y mantener las expectativas de los padres para obtener un acercamiento emocional; esto quiere decir que la identidad que estructura el joven es a partir de los criterios que sus padres le imponen, si esto llegara a faltar el niño quedaría desubicado en cuanto a su sentimiento de capacidad, de ser querido y/o aceptado. Como consecuencia clínica de estos hijos, pueden presentarse problemas alimenticios como la bulimia, anorexia nerviosa y obesidad (Bergeret, 2001). Es por esta razón que el apego desorganizado es considerado como el control sin afecto, ya que el afecto por parte del padre es casi nulo y predomina el control hacia el hijo.

Es conveniente subrayar que a partir de la relación establecida gracias al análisis discriminante se establece que existe una relación entre la sintomatología depresiva y el vínculo del tipo de control sin afecto o apego desorganizado con la madre; quien, dentro de la sociedad de la región cafetera es quien permanece más tiempo con los hijos, de igual

manera se constituye como el eje de la familia. Una particularidad encontrada se relaciona con que quienes puntuaron sobre el punto de corte del CES-D, ósea el 36.8%, son madres de ocupación ama de casa, esto quiere decir, que el hecho de que esta figura permanezca en el hogar no lo establece como factor de protección a menos que las estrategias que utilice para la crianza sean asertivas, esto teniendo en cuenta que solo una persona (5.3%) puntuó con vínculo óptimo por parte de la madre, mientras que 12 estudiantes (63.2%), tuvieron un vínculo de control sin afecto o apego desorganizado con la progenitora.

Según la teoría, en todo momento las madres dápicas se caracterizan por tratar de dar la imagen de ser madres perfectas; sin embargo, esta perfección no radica en el afecto que puedan dar a sus hijos, puesto que el objetivo principal de este tipo de madres es el mostrar una imagen de perfección exclusivamente. En general las familias con esta característica aparentan ante el mundo ser la familia más feliz del planeta, sin ningún tipo de problema o dificultad y sin opiniones individuales puesto que sus hijos no sobrepasan la ley impuesta. Otro aspecto particular es que al haber poco afecto, este es utilizado por estas madres para chantajear al hijo cuando esta desea que él lleve a cabo una actividad que no es de su agrado (Bergeret, 2001).

Lo planteado anteriormente lo han evidenciado también dentro de su investigación Quiroz, Alvarado, Vianchá, Muñeton y Lucero (2013), puesto que dentro de sus resultados hallaron que existe una correlación negativa entre la ideación suicida y el afecto, más específicamente el control materno pronostica en un 57.9% la ideación suicida. No obstante, estas evidencias se contraponen con lo encontrado por Parra, Hincapié y Bernal (2013) pues ellos sustentan que aquellas personas que trataron de quitarse la vida tenían vínculos regulares con la figura paterna, mientras que los maternos se describían como buenos; así mismo, la investigación realizada por Blandon, Carmona, Mendoza y Medina

(2015) sustenta que no solo el padre o la madre es importante para determinar la ideación, sino también la relación que tenga con sus hermanos.

Por el contrario, dentro de la investigación realizada por Morales, Armijo, Moya, Echávarri, Barros, Varela y Sánchez (2014), ellos encontraron que había un predominio tanto en padre como en madre del estilo de constrictión cariñosa para los estudiantes con ideación suicida; esta proporción es diferente a la hallada dentro de las frecuencias de la investigación actual, puesto que a partir de los 19 estudiantes con sintomatología depresiva, la constrictión cariñosa no tiene tanta presencia como en el estudio anterior, toda vez que respecto al apego con la madre, la constrictión cariñosa se encuentra en la segunda posición con el 21.1% de frecuencia, mientras que con el padre este tipo de vínculo está en empate dentro del tercer puesto en compañía del vínculo óptimo con el 5.3%. Estos contrastes lo que permiten evidenciar es que la conducta suicida puede ser multifactorial y la detección de una sola variable precipitante es complejo, toda vez que pueden existir otros factores que alteren la aparición o no del pensamiento o la sintomatología.

Conviene señalar que dentro de las puntuaciones de vínculo para las personas con ideación suicida, se observó cómo se ha descrito anteriormente, una tendencia a la aparición del vínculo de control sin afecto en ambos padres como el dominante, en donde el padre obtuvo 47.4% y la madre un 63.2%. En cuanto a la relación madre, el segundo estilo es la constrictión cariñosa con un 21.1%, el tercero el vínculo ausente o débil con un 10.5% y por último el vínculo óptimo con un 5.3%. En estilos parentales con el padre el segundo fue el vínculo débil o ausente con un 42.1%, y en un tercer puesto el estilo de constrictión cariñosa y vínculo óptimo con un 5.3%.

Así mismo, la relación obtenida entre la ausencia de ideación suicida y el vínculo óptimo con padre y madre fue descubierta dentro de otras investigaciones; como el estudio



realizado por Miri, Farahani, Shahyad, Asadi, Shiralipour, Barghi y Siavoshi (2011), quienes refieren que la buena relación con la madre disminuye la aparición de una conducta suicida; la investigación realizada por Blandon, Carmona, Mendoza y Medina (2015) quienes encontraron que la relación óptima con el padre y consigo mismo es significativa para la predicción de la conducta. Estos investigadores resuelven que aquellas personas que no habían tratado de suicidarse calificaban los vínculos con sus padres como muy buenos, lo cual está en consonancia con lo encontrado desde el análisis discriminante de la presente investigación, toda vez que se observa dentro de los resultados se establece que existe una relación entre la ausencia de ideación suicida y el vínculo óptimo tanto con madre como con padre.

En el caso de porcentajes a respecto a los vínculos por parte de las personas que no puntuaron con sintomatología depresiva, se halló una mayor incidencia del vínculo óptimo, discriminado de la siguiente manera: vínculo óptimo con padre 40.8%, vínculo óptimo con madre 42.4%. La relación encontrada dentro del análisis discriminante en cuanto al vínculo y la ausencia de ideación puede considerarse debido a 3 aspectos principales: primero, debido a las conductas positivas que dan sus padres hacia sus hijos con una correcta lectura de necesidades; segundo, por la personalidad segura de sus padres que estructura este tipo de vínculo y una posible personalidad igualmente segura para sus hijos; tercero, las personas con vínculo óptimo poseen el conocimiento para pronosticar y transmitir de manera clara, precisa y coherente mensajes interpersonales (Bergeret, 2001).

Por otro lado, respecto al vínculo débil aquí existe una particularidad y es que al momento de los criterios de inclusión se estableció a partir de lo dictado por el instrumento PBI que los jóvenes debían de haber vivido físicamente con ambos padres, es por esta razón que probablemente es el vínculo con menor frecuencia de aparición con un 16.8% desde el

padre y un 11.5% desde la madre; sin embargo, lo que refleja esto es que precisamente la presencia física de ambos padres no determina que estos estén pendientes completamente de su hijo.

Lo anterior interpretado desde el apego son padres rechazantes y emocionalmente distantes, este tipo de conductas pueden acarrear que el joven no exprese sus sentimientos y se muestre aislado frente a la sociedad; por lo que esto le puede generar dificultades. Al existir una tendencia a la evitación no hay una adecuada adaptación a nuevas situaciones lo que podría convertirse en un rasgo patológico. En este punto vale la pena mencionar la investigación realizada por Chávez, Gonzales, Loya, Vega y Tapia (2015), quienes identificaron que el 45.8% de las personas con ideación suicida referían los problemas familiares como la razón con mayor frecuencia dentro de los estudiantes universitarios con sintomatología de este tipo. Estos resultados refuerzan el factor de la relación con los padres como una variable de carácter sobresaliente para la aparición de patología mental depresiva.

Por otra parte, para el análisis factorial de correspondencia múltiple al solicitarle que discriminara aquellos atributos que mejor definiera las personas dentro de la muestra, estableció con 119 factores que las siguientes características son las que mejor la describen:

1) Control sin afecto con padre, 2) Vínculo óptimo con padre, 3) Control sin afecto con madre, 4) Vínculo óptimo con madre, 5) Vínculo débil con madre, 6) Ser hombre, 7) Ser mujer, 8) Edades entre 18 a 20, 9) Edades entre 21 a 23, 10) Programa de Administración de empresas, 11) Programa de Derecho, 12) Programa de Enfermería, 13) Programa de Medicina, 14) Estar en 2º, 4º, 6º, 7º y 8º semestre, 15) Vivir en Estratos 2, 3, 4, 5, y 6, 16) Residir en los municipios de Armenia, Buena vista y La Tebaida, 17) Vivir con 1 y 3 personas, 18) Tener 4 hermanos o no tener ninguno, 19) El estado civil de soltero

y unión libre, 20) Tener o no tener hijos, 21) Otros pregrados como biología, 22) Edad del padre de 55, 23) Edad de la madre de 36, 47, 51 y 54, 24) Ocupación padre: abogado, agricultor, conductor, docente y médico, 25) Ocupación madre: abogada, ama de casa, auxiliar de odontología, bacterióloga, docente y pensionada, 26) Tratamiento mental de 1 año o niega, 26) Antecedentes familiares de: depresión y TAB, depresión y ansiedad, esquizofrenia y niega, 27) Tratamiento mental familiar: depresión y ansiedad, esquizofrenia y niega.

Ahora bien, estos parámetros solo indican cuales son los importantes y no discrimina entre las personas de la muestra, es por esta razón que se realizó el análisis discriminante, para así encontrar cuales son los individuos que presentan la condición específica de la investigación. No obstante, esto limita el análisis de datos sociodemográfico en función de investigaciones previas.

De acuerdo a la distribución por género para los estudiantes identificados con ideación suicida, se encontró una mayor distribución hacia la población femenina con un 73.7%, mientras la población masculina obtuvo un 26.3%; esta distribución se contrapone a lo encontrado por Mustaffa, Aziz, Mahmood y Shuib (2014), ya que dentro de su muestra aquellos estudiantes que puntuaron con mayor ideación suicida fueron los varones ( $m: 13$ ) en comparación con las mujeres ( $m: 7.3$ ); esta misma significancia la encontró Macias y Camargo (2015), quienes refieren que si bien se presentó un porcentaje levemente mayor en las mujeres, las diferencias no son significativas.

Ahora bien, lo encontrado en la investigación actual se relaciona directamente con lo obtenido por Chávez, Gonzales, Loya, Vega y Tapia (2015) dentro de sus resultados, toda vez que el 68.5% de la muestra con ideación era femenina, lo cual significa una proporción significativamente mayor para este género; es decir, una proporción de 2 mujeres por cada

hombre con ideación. En este orden de ideas, para la investigación actual habría una proporción de por cada 3 mujeres con ideación existe 1 hombre.

Según las ocupaciones para Giraldo, Jaramillo y Soto (2014) a partir de su análisis con noticias de personas que se habían quitado la vida dentro del mismo departamento del estudio actual si bien encontraron que el 63% de los reportes no especifican la ocupación de la personas, se señalan dentro de la mayor frecuencia los estudiantes universitarios con un 9%, comerciantes con un 6.3% y agricultores con un 5.4%. En consonancia, para Tuesca y Lechuga (2012) al realizar una caracterización de las personas que se habían suicidado encontraron en el primer puesto respecto a número de casos que el 21.7% de las personas eran estudiantes con el mismo porcentaje trabajadores formales.

Ahora bien, dentro de los datos obtenidos, se observó que el 89.5% de la muestra solo se dedicaban a su educación superior, el 5.3% era trabajador independiente y con el mismo porcentaje de 5.3% era auxiliar contable; sin embargo, para los métodos de análisis utilizados el tener una ocupación extra no es significativo para determinar o no la presencia de ideación suicida. No obstante, se alerta sobre la tendencia que existe dentro de los estudiantes universitarios toda vez que al ser la muestra completamente conformada por este tipo de personas no puntuaría como significativo dentro del análisis estadístico; sin embargo las investigaciones y los informes nacionales lo alertan.

Según el estudio realizado a partir del análisis factorial de correspondencia múltiple, estar vinculado a una religión o no estarlo, no es un indicador significativo para la aparición o no de una ideación suicida. Este hallazgo se relaciona estrechamente con lo encontrado por Taliaferro, Rienzo, Pigg, Miller y Dodd (2009), quienes afirman que la participación religiosa o el bienestar religioso no favorecen la ausencia o la no aparición de una ideación suicida. Sin embargo, para la IASP la asociación internacional para la prevención del

suicidio, por su siglas en inglés refieren, dentro de sus factores de riesgo para el suicidio que la persona sea parte de una religión y que tome este tipo de muerte como algo honroso; y por el contrario dentro de sus factores protectores se encuentra el hecho que la muerte por suicidio sea considerada como pecado o que su religión aliente la autoconservación. Esto quiere decir, que tanto la investigación nombrada y la actual refutan este factor y ponen en evidencia el poco valor de la religión dentro de la decisión de quitarse la vida.

Según el estado civil en el estudio realizado por Macias y Camargo (2015) encontraron que el mayor número de personas con ideación suicida pertenecían a personas en unión libre  $Md=4$ , sin embargo, para el caso de la investigación actual, solo se encontraron 2 estados civiles; en primer lugar el estar soltero con un 94.7% y en segundo la unión libre con un 5.3%; es decir, solo un estudiante. Ahora bien, dentro del análisis de correspondencia múltiple ambos estados civiles son significativos; no obstante, en cuanto a la relación que existe entre esta variable y la ideación no se revela una proporción que permita predecir la aparición del pensamiento.

Respecto al programa académico para Blandon, Carmona, Mendoza y Medina (2015), el mayor número de casos se presentó en el programa de psicología, existiendo una proporción de 2.6 estuantes de psicología por cada estudiante de administración o ingeniería. En cuanto a la investigación actual, se encontró que el mayor número de ideación pertenecía a enfermería con el 36.8% de los casos, seguido por psicología con el 26.3% y medicina con el 21.1%; dentro del análisis de correspondencia llama la atención que no aparezca dentro de sus características el programa de psicología, siendo que es la segunda carrera con mayor número de casos. Lo cual alerta toda vez que puede existir una homogeneidad dentro de esta población; es decir, que la gran mayoría de estudiantes de este programa tengan características poco comunes..

Según Pérez, Piernagorda y Rengifo (2010), a partir de los suicidios ocurridos a lo largo de 19 años en el departamento del Quindío los factores de riesgo sociodemográficos son la edad, el género, la historia laboral y el estado civil. Dentro de los datos obtenidos en la presente investigación, se destaca las edades entre los 18 y 23 años, lo cual concuerda históricamente con lo encontrado según los autores anteriores, sin embargo en cuanto a sexos si bien el mayor número de suicidios se presenta en hombres, en caso de ideación se presentó con mayor frecuencia en mujeres. Sin embargo, según el análisis de correspondencia ambos sexos son representativos para presentar o no el pensamiento, así mismo el estado civil también es representativo como el estar soltero o en unión libre y la ocupación no resulta ser un atributo de valor.

Para finalizar, según el análisis discriminante si existe una relación entre los estilos de apego y la ideación suicida. Existe pues una relación entre la ideación con un vínculo de control sin afecto; es decir, con el apego desorganizado con la madre y el sujeto que padezca de sintomatología depresiva. Por otra parte, se halla una relación entre el vínculo óptimo con padre y con madre en aquellas personas que no padecen de sintomatología depresiva. De igual manera, se encuentra una relación entre el negar o no haber tenido tratamiento psicológico o psiquiátrico y el no poseer ideación suicida, además de existir una relación entre el haber asistido por 3 años a tratamiento mental y poseer pensamientos de muerte. Sin embargo, diferentes estudios respaldan o refutan los resultados obtenidos por lo cual la problemática de la muerte auto provocada debe ser estudiada desde la mayor cantidad de ángulos posibles y de esta forma establecer según la evidencia aquellos factores que efectivamente si son significativos para la incidencia o no de la sintomatología.

### **Conclusiones**

Los resultados encontrados confirman la hipótesis H1, toda vez que:

- De acuerdo a la relación establecida mediante el análisis discriminante, pudo identificarse que entre el vínculo óptimo; es decir, el apego seguro, tanto del padre como de la madre, existe una relación con la ausencia de una sintomatología depresiva que propicie una ideación suicida.
- De acuerdo a la relación determinada mediante el análisis discriminante, pudo establecerse que entre el control sin afecto; es decir, el apego desorganizado con la madre hay una relación con la presencia de una sintomatología de carácter depresivo que favorece la aparición de una ideación suicida.

Los resultados confirman parcialmente la H2, toda vez que:

- De las variables sociodemográficas, la única que tiene relación la ideación suicida es el tiempo de tratamiento psicológico y/o psiquiátrico, en donde, un tratamiento por 3 años se relaciona con la aparición del pensamiento; y negar o no haber tenido tratamiento de tipo mental es proporcional a la ausencia de ideación.

Además, se infiere que:

- De las 19 personas identificadas con sintomatología depresiva, se concluye que el género con mayor presencia de ideación suicida es el femenino con el 73.7%, por encima del masculino con 26.3% restante. Lo que permite precisar que esta población es la más susceptible a la aparición de este tipo de pensamientos.

## Relación entre los estilos de apego y la ideación suicida

- Los programas de Enfermería con 7 estudiantes, Psicología con 5 y Medicina con 4 personas, son los programas con el mayor número de casos dentro de la universidad investigada; por lo cual, puede precisarse que las carreras de la salud pueden ser más vulnerables que los otros programas para presentar pensamientos de muerte auto provocada.
- Las edades de los 18 y 19 años son las de mayor preocupación dentro del rango de edades investigados con un número de 14 casos; en donde cada una contó con 7 estudiantes con sintomatología depresiva.
- La intervención sobre pautas de crianza podría ser una herramienta efectiva en la prevención de sintomatología depresiva, por lo tanto la aparición de ideación suicida tendería a disminuir si el vínculo óptimo o apego seguro fuera el más utilizado por los padres.

Se recomienda que:

- Para la ejecución de futuras investigaciones se sugiere el uso de un instrumento que permita medir el vínculo con ambos padres sin criterios de inclusión, para de esta manera lograr medir la posible relación entre la ideación suicida y el vínculo en jóvenes cuyos padres no necesariamente estuvieron presente físicamente a lo largo de sus años de niñez y adolescencia.

## Referencias bibliográficas



- Afifi, Enns, Cox, Asmundson, Stein, Sareen. (2008). *Population attributable fractions of psychiatric disorders and suicide ideation and attempts associated with adverse childhood experiences*. American journal of public health, 98(5), 946-952.
- Asamblea Mundial de la Salud . (2014). *Prevención del suicidio un imperativo global un imperativo global*. Marzo 03, 2016, de OPS & OMS Sitio web: [http://www.who.int/mental\\_health/suicide-prevention/exe\\_summary\\_spanish.pdf?ua=1&ua=1&ua=1](http://www.who.int/mental_health/suicide-prevention/exe_summary_spanish.pdf?ua=1&ua=1&ua=1)
- American Psychiatric Association. (2014). *Trastornos depresivos. Trastornos de ansiedad. En Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (947)*. España y Latinoamérica: Editorial Médica Panamericana.
- Arria, Winick, Garnier-Dykstra, Vincent, Caldeira, Wilcox, O'Grady. (2014). *Help seeking and mental health service utilization among college students with a history of suicide ideation*. Psychiatric services.
- American Psychological Association (2010). *Publication Manual of the American Psychological Association. (6ª.ed)*. Washington D.C
- American Psychological Association. (2010). *Manual de Publicaciones de la APA*. Editorial El Manual Moderno.
- Beck, J. S. (1995). *Terapia Cognitiva. Conceptos básicos y profundización. Prólogo de Aaron T. Beck*. Barcelona, España: Gedisa.
- Bergeret, Á. Q. (2001). *El modelo cognitivo postracionalista, Hacia una reconceptualización teórica y crítica*. Bilbao: Editorial Desclée de Brouwer, S.A.
- Blandón, Carmona, Mendoza, Medina. (2015). *Ideación suicida y factores asociados en jóvenes universitarios de la ciudad de Medellín*. Revista Archivo Médico de Camagüey, 19(5), 469-478.
- Cabella, W. (2014). *Los datos demográficos: alcances, limitaciones y métodos de evaluación*. Naciones Unidas.
- Center for disease control and prevention. (s/f). *Suicide: Risk and Protective Factors*. Marzo 04, 2016, de International Association for Suicide Prevention (IASP) Sitio web: <http://www.cdc.gov/ViolencePrevention/suicide/riskprotectivefactors.html>
- Centro de prensa. (2015). *Suicidio*. Marzo 04, 2016, de Organización Mundial de la Salud Sitio web: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs398/es/>

- Cifuentes, S. (2014). *Suicidio*. Marzo 06, 2016, de Instituto Nacional De Medicina Legal Y Ciencias Forenses Sitio web:  
<http://www.medicinalegal.gov.co/documents/10180/188820/FORENSIS+2013+3-+suicidio.pdf/65a683b4-38b2-46a4-b32a-f2a0884b25bf>
- Cifuentes, S. (2013). *Suicidio*. Marzo 06, 2016, de Instituto Nacional De Medicina Legal Y Ciencias Forenses Sitio web:  
<http://www.medicinalegal.gov.co/documents/10180/34861/6+5+suicidio+forensis+2012.pdf/654be518-60d0-4979-b899-f26c83d1bb8c>
- Chávez, González, Loya, Vega, Tapia. (2015). *Ideación y tentativas suicidas en estudiantes del nivel medio del estado de Guanajuato, México*. Acta Universitaria, 25(6).
- Chica, H. (2011). *Suicidio*. Marzo 06, 2016, de Instituto Nacional De Medicina Legal Y Ciencias Forenses Sitio web:  
<http://www.medicinalegal.gov.co/documents/10180/34438/6+SUICIDIO.pdf/3904b04a-4a47-40f6-8359-9a4d83709125>
- Davaji, Valizadeh, Nikamal, (2010). *The relationship between attachment styles and suicide ideation: the study of Turkmen students, Iran*. Procedia-Social and Behavioral Sciences, 5, 1190-1194.
- Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE). (s/f). *Demographic indicators and abridged national and departmental mortality tables 2005 - 2020*. Marzo 04, 2016, de DANE Sitio web:  
<http://www.dane.gov.co/index.php/esp/demographic/population-series>
- Eguiluz, Mera. (2014). *Medición del riesgo suicida, bienestar psicológico y estructura familiar en estudiantes de primer ingreso a las carreras de la salud*. Revista de Investigación en Psicología, 17(1), 43-53.
- Ellis, T. E. (2006). *Cognición y Suicidio; Teoría, Investigación y Terapia*. Mexico: Manual Moderno.
- Fergusson, Lynskey. (1995). *Suicide attempts and suicidal ideation in a birth cohort of 16-year-old New Zealanders*. Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 34(10), 1308-1317.
- Franco, P. (2009). *Introducción*. Marzo 06, 2016, de Instituto Nacional De Medicina Legal Y Ciencias Forenses Sitio web:

- <http://www.medicinalegal.gov.co/documents/10180/34156/1+Introduccion.pdf/998628f1-f95f-4578-acbf-a185f550b836>
- Gabediles, C.(2009). *Manual Teorico Practicode Psicoterapias Conitivas*. DESCLEE DE BROUWER.
- Giraldo, Jaramillo y Soto. (2014). *Análisis Cuantitativo de las Noticias acerca de la Violencia Autoinfligida, publicadas en un diario local del Quindío, Colombia, entre el 2010 y 2012*. Revista ALTHEYA Corporación Universitaria Empresarial Alexander von Humboldt.
- Gonzales, J. (2008). *Suicidio*. Marzo 06, 2016, de Instituto Nacional De Medicina Legal Y Ciencias Forenses Sitio web:  
<http://www.medicinalegal.gov.co/documents/10180/33997/7+Suicidio.pdf/8cc94f6d-7b9c-4e2c-a949-e42fc6525951>
- González, Reyes, Álvarez, Rodríguez. (2002). *Ideación, intento y suicidio en Bogotá. Un estado de Arte 2000-2002. Colombia 2002*.
- Gonçalves, Sequeira, Duarte, Freitas. (2014). *Suicide ideation in higher education students: influence of social support*. Atención Primaria, 46, 88-91.
- Greenacre, M. (2008). *La práctica del análisis de correspondencias*. Fundación BBVA.
- Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C., & Baptista Lucio, P. (2010). Metodología de la investigación. *México: Editorial Mc Graw Hill*.
- Holguín, Rodríguez, Pérez & Valdez, (2013). *Intentos de suicidio en adolescentes de educación media superior y su relación con la familia*. Psicología y salud, 17(1), 45-51.
- Hollingshaus, Smith. (2015). *Life and death in the family: Early parental death, parental remarriage, and offspring suicide risk in adulthood*. Social Science & Medicine, 131, 181-189.
- Khan, Mustaffa, Hamdan, Ahmad. (2014). *Influence of Psychological Factors on Suicide Ideation among Malaysian and Indian Adolescent*. Procedia-Social and Behavioral Sciences, 143, 347-351
- Labarca, Fuhrmann. (2011). *Familia, salud mental y rendimiento en estudiantes universitarios*. De Familias y Terapias.
- Lefrancois, G. L. (2001). *El Ciclo de la Vida*. Mexico: International Thomson Editores.

- Macana, N. (2012). *Suicidio*. Marzo 06, 2016, de Instituto Nacional De Medicina Legal Y Ciencias Forenses Sitio web:  
<http://www.medicinalegal.gov.co/documents/10180/34616/6-F-11 - Suicidio.pdf/6b2966e7-cbcb-4618-a3c3-af5cd111629e>
- Macias, Camargo. (2015). *Factores asociados a ideación suicida en universitarios*. *Psychologia: avances de la disciplina*, 9(1), 71-81.
- Miri, Farahani, Shahyad, Asadi, Shiralipour, Barghi, Siavoshi. (2011). *Prediction of Suicide oriented Perceived Educational Styles*. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 15, 873-876.
- Morales, Armijo, Moya, Echávarri, Barros, Varela, Sánchez. (2014). *Percepción de cuidados parentales tempranos en consultantes a salud mental con intento e ideación suicida*. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 32(3), 403-417.
- Mustaffa, Aziz, Mahmood, Shuib. (2014). *Depression and suicidal ideation among university students*. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 116, 4205-4208.
- Oliva, A. (2004). *Estado actual de la teoría del apego*. Sevilla: Universidad de Sevilla.
- Organización Panamericana de la Salud. (2014). *Mortalidad Por Suicidio En Las Américas . Informe Regional*. Washington D.C.: OPS & OMS.
- Organización Mundial de la Salud. (2000). *Prevención del suicidio un instrumento para profesionales de los medios de comunicación*. Marzo 04, 2016, de Trastornos Mentales y Cerebrales Departamento de Salud Mental y Toxicomanías Organización Mundial de la Salud Sitio web:  
[http://www.who.int/mental\\_health/media/media\\_spanish.pdf](http://www.who.int/mental_health/media/media_spanish.pdf)
- Palacios, J. (1991). *Desarrollo Psicologico y Educación I; Psicología Evolutiva*. Madrid, España: Alianza Editorial, S.A.
- Paniagua, González, Rueda. (2014). *Orientación al suicidio en adolescentes en una zona de Medellín, Colombia*. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 32(3).
- Parra, Hincapié, Bernal. (2014). *Suicidio, vínculos en estudiantes universitarias colombianas*. *Tesis Psicológica*, 9(1), 102-111.
- Pérez, Piernagorda, Rengifo. (2010). *Prevalencia del suicidio en adultos jóvenes en el departamento del Quindío-Colombia, entre 1989 y 2008*. *Pensamiento psicológico*, 8(15).

- Perfetti. (2002). *Escuela de Psicología Universidad Católica de Valparaíso*. Recuperado el Miercoles, 30 de Septiembre de 2015, de Las Organizaciones de Significado Personal de Vittorio Guidano: Una llave explicativa de la experiencia humana: [http://www.cognitivimarca.altervista.org/Download/oneto\\_molledo.pdf](http://www.cognitivimarca.altervista.org/Download/oneto_molledo.pdf)
- Rivers, Noret. (2013). *Potential suicide ideation and its association with observing bullying at school*. Journal of Adolescent Health, 53(1), S32-S36
- Quiroz, Alvarado, Vianchá, Muñetón, Lucero, Alcaráz. (2013). *Estilos parentales como predictores de ideación suicida en estudiantes adolescentes*. Psicología desde el Caribe, 30(3), 551-568.
- Quitl, Nava. (2015). *Ideación suicida y su relación con el funcionamiento familiar y diferenciación familiar en jóvenes universitarios tlaxcaltecas*. Acta Universitaria, 25.
- Rodriguez, A. (2007). *Suicidio*. Marzo 06, 2016, de Instituto Nacional De Medicina Legal Y Ciencias Forenses Sitio web: <http://www.medicinalegal.gov.co/documents/10180/33850/8+Suicidios.pdf/088bf4a4-b9d5-4246-a4e7-3298e9c0f05d>
- República De Colombia Ministerio De Salud Resolucion N° 008430 De 1993. (4 De Octubre De 1993)
- Sharifian, Lavasani, Ejei, Taremian, Amrai. (2011). *The Relationship Among Classroom Community, Attitude Toward Parents, Anxiety Disorders And Depression With Adolescent Suicide Probability*. Procedia-Social And Behavioral Sciences, 15, 520-525.
- Slaikou, K. A. (1996). *Intervención En Crisis, Manual Para Práctica E Investigación*. Mexico, D.F: Manual Moderno.
- Social Trends Institute, Child Trends. (2015). *World Family Map 2014. Mapa De Los Cambios En La Familia Y Consecuencias En El Bienestar Infantil*. Marzo 05, 2016, de Focus Global, DIFI, Family studies Sitio web: <http://worldfamilymap.ifstudies.org/2014/wp-content/uploads/2014/09/WorldFamilyMapESP.pdf>
- Social Trends Institute, Child Trends. (2013). *world family map 2014. mapa de los cambios en la familia y consecuencias en el bienestar infantil*. Marzo 05, 2016, de

Focus Global, DIFI, Family studies Sitio web:  
[http://www.childtrends.org/wp-content/uploads/2013/05/Mapa\\_mundial\\_familia\\_2013.pdf](http://www.childtrends.org/wp-content/uploads/2013/05/Mapa_mundial_familia_2013.pdf)

Taliaferro, Rienzo, Pigg, Miller, Dodd. (2009). *Spiritual well-being and suicidal ideation among college students*. Journal of American College Health, 58(1), 83-90.

Tuesca y Lechuga, (2012). *Factores de riesgo asociados al suicidio e intento de suicidio*. Revista Científica Salud Uninorte, 17.

Torrado-Fonseca, M., & Berlanga-Silvente, V. (2013). Análisis discriminante mediante SPSS. *REIRE*, 6(2).

Valenzuela, D. (2010). *Suicidio*. Marzo 06, 2016, de Instituto Nacional De Medicina Legal Y Ciencias Forenses Sitio web:  
<http://www.medicinalegal.gov.co/documents/10180/34291/7+Suicidio.pdf/0fb719a8-6be8-422c-9151-286493b7f0f7>

Villalobos Galvis FH. Estructura factorial y propiedades psicométricas de una escala de depresión en universitarios de Colombia. *Rev Panam Salud Publica*. 2010;27(2):110–6.

Villalobos-Galvis, F. H., & Ortiz-Delgado, L. (2012). Características psicométricas de la escala CES-D en adolescentes de San Juan de Pasto (Colombia). *Avances en Psicología Latinoamericana*, 30(2), 328-340.

## Apéndices

Armenia, 18 de Julio de 2016

Señor (a)

XX (nombre del decano)

Decano(a) facultad de XXXXX (cada facultad)

Cordial saludo,

La Corporación Universitaria Empresarial Alexander von Humboldt comprometida con el desarrollo investigativo y académico de sus estudiantes, contempla la realización de trabajos de grado como uno de los requisitos para la obtención del título profesional.

En este sentido las estudiantes de X semestre del programa de psicología, Claudia Andrea Acevedo Palacio con CC. 41.932.659 de Armenia, Q. y Maria Fernanda Jaramillo Ospina con CC. 1.094.934.828 de Armenia, Q. Actualmente llevan a cabo su trabajo de grado denominado: Relación entre el estilo de apego y la ideación suicida en estudiantes de una universidad privada en Armenia, Quindío, del año 2016, dicha investigación pretende establecer la posible relación entre las dos variables mencionadas, es decir, ideación suicida y estilo de apego que se tenga hacia los padres. Por tal motivo y teniendo en cuenta que el departamento del Quindío, según el Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses en su último informe Forensis, se encuentra en el segundo puesto a nivel nacional en suicidios, a su vez menciona que, las edades de mayor prevalencia están entre los 18 y 29 años de edad, por tal razón, se considera pertinente el acercamiento a la población universitaria dado su predominio dentro de este rango.

Por lo anteriormente expuesto, me dirijo a usted, como persona encargada de la Facultad, para solicitarle comedidamente la correspondiente autorización, que permita incluir algunos de los estudiantes de su facultad, que según la investigación cuenten con los criterios para ser parte de la muestra. Para mayor claridad, los criterios son: estar matriculado en alguno de los programas de la Corporación, no haber salido a práctica, residir en el departamento del Quindío, encontrarse afiliado a una E.P.S, haber vivido con ambos padres desde el nacimiento hasta los 16 años, encontrarse entre los 18 y 29 años de edad.

Luego de contar con la muestra, se llevará a cabo la pertinente socialización de los consentimientos informados y la posterior aplicación de la batería, la cual está compuesta por el Instrumento de Lazos Parentales P.B.I y La Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos CES-D. La aplicación tiene un aproximado en tiempo de 15 minutos por cada instrumento, y en caso de encontrarse positiva la presencia de ideación suicida por parte del estudiante, se realizará la pertinente remisión a medicina general de su E.P.S para que se brinde la oportuna atención por parte de un especialista en el tema.

En coherencia con el compromiso social de nuestra institución y el de nuestros estudiantes como futuros profesionales, nos comprometemos a socializar los resultados generales de

esta investigación y además brindar esta información al proceso de bienestar institucional quien evaluará la posibilidad de realizar actividades orientadas a la intervención psicoeducativa.

Es importante resaltar que la identidad e información obtenida por parte de los participantes, será manejada bajo los principios de absoluta confidencialidad y ética profesional, que este tipo de ejercicio académico exige a nuestros estudiantes y que estarán bajo la tutoría permanente de su asesora, la psicóloga y docente Lina Marcela Rojas Reina.

Contactos:

Asesor: Lina Marcela Rojas Reina

Celular: 300 785 8550

Correo electrónico: lreina14@cue.edu.co

Estudiante: Claudia Andrea Acevedo Palacio

Celular: 314 799 8063

Correo electrónico: cacevedo464@cue.edu.co

Estudiante: Maria Fernanda Jaramillo Ospina

Celular: 316 427 5077

Correo electrónico: mjaramillo4610@cue.edu.co

Agradezco de antemano la atención y colaboración al respecto  
Atentamente,

**PAULA ANDREA MENA LOPEZ**  
**Decana Facultad de Ciencias Humanas**

**Documento de información para participantes y consentimiento informado**  
**Proyecto de Investigación**

**TÍTULO**



Relación entre el estilo de apego y la ideación suicida en estudiantes de una universidad privada en Armenia, Quindío 2016.

**Investigadores responsables:**

Claudia Andrea Acevedo Palacio (Estudiante X semestre).  
Maria Fernanda Jaramillo Ospina (Estudiante X semestre).  
Lina Marcela Rojas Reina (Docente asesor).

**Invitación a participar**

Antes de tomar la decisión de participar en la investigación, lea atentamente este formulario de consentimiento y comente con el investigador cualquier inquietud que tenga o palabra que no entienda. Usted también podrá discutir su participación con los demás miembros de su familia o amigos. El propósito de esta información es ayudarle a tomar la decisión de participar - o no -, en una investigación desde el ámbito de la psicología.

Estamos invitando a quienes deseen participar en el proyecto de investigación: **Relación entre el estilo de apego y la ideación suicida en estudiantes de una universidad privada en Armenia, Quindío.**

Aspectos importantes sobre los estudios de investigación:

- Los estudios de investigación buscan ganar conocimiento científico que puede ser útil a otras personas en el futuro.
- **Su participación es voluntaria.** Usted puede rehusarse a participar, o puede retirar su consentimiento en cualquier momento y por cualquier motivo, sin que esto tenga afectación sobre la relación con los demás participantes o con los investigadores.
- Usted **NO** tiene que participar en la investigación con el fin de recibir algún tratamiento
- Si usted quiere participar en este estudio es necesario firmar este consentimiento. El cual se realizará por duplicado para que usted reciba una copia de él.

A continuación usted puede encontrar más información sobre la investigación y sobre sus derechos y compromisos respecto a la misma.

**¿Para qué se está realizando este estudio?**

La investigación se plantea de tal forma que coadyuve a suplir los pocos datos existentes sobre la ideación suicida en el departamento, y de esta forma, encontrar una posible relación de este tipo de pensamiento con los estilos de apego establecidos con los padres. Con la información, no solo se genera nueva información en pro de la investigación en psicología a nivel local, departamental y regional, sino que también se atiende al llamado hecho por la OMS según sus planes de prevención y control en donde dicen “identificación temprana, tratamiento y atención de personas con problemas de salud mental... y trastorno emocional agudo.” (OMS, 2015).

**¿Quiénes participarán en el estudio?**

Aquellos estudiantes que:

- Estén matriculados en alguno de los programas de la universidad privada escogida para la investigación.
- No se encuentren en prácticas.
- Estén dentro del rango de edad entre los 18 y 29 años.
- Contaron con la presencia física tanto del padre como de la madre desde el nacimiento hasta los 16 años.
- Estén activos dentro de alguno de los regímenes de salud.

### **Procedimiento del estudio**

Se realiza la socialización del consentimiento informado, posteriormente la aplicación de la batería compuesta por el Instrumento de lazos Parentales (P.B.I) y La Escala de depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos (CES-D). En caso de hallarse dentro del CES-D una puntuación que signifique que la salud mental del participante debe ser de atención, se realizará la correspondiente remisión a su EPS.

### **¿Cuánto tiempo dura su participación?**

Entre 20 a 30 minutos.

### **¿Cuáles son los posibles beneficios para usted y la sociedad derivados de esta investigación?**

Entre algunos de los beneficios se encuentra la identificación de posibles factores de riesgo relacionados con la depresión y la remisión pertinente, además de la participación en una investigación que corresponde al desarrollo como profesionales de las investigadoras. En cuanto a los beneficios para la sociedad, se resaltan la recolección de datos relevantes para las autoridades en salud mental de la región y así prender las alarmas sobre una problemática relativamente latente en los planes de intervención departamental y municipal.

### **¿Incurriré en algún gasto?**

No, la participación es voluntaria y no tiene valor económico.

### **Riesgos y molestias**

La investigación no representa ningún riesgo para los participantes. En cuanto a las posibles molestias se encuentra la detención momentánea de las actividades académicas durante la aplicación de la batería.

### **Derechos de los participantes**

- El estudiante está en su derecho para desistir a la participación de la investigación en cualquier momento.
- El estudiante si así lo desea puede tener acceso a los resultados de sus propias pruebas.
- El estudiante tiene derecho a ser remitido a su EPS en caso de puntuar con depresión.

### **Confidencialidad de los datos**

Recuerde que usted puede preguntarle a las investigadoras: Claudia Andrea Acevedo y Maria Fernanda Jaramillo todas las dudas que tenga acerca de este estudio y puede realizarlo en cualquier momento de su ejecución. Podrá comunicarse directamente a los siguientes teléfonos y o mediante correo electrónico:

Estudiante: Claudia Andrea Acevedo Palacio

Relación entre los estilos de apego y la ideación suicida

Celular: 314 799 8063  
Correo electrónico: cacevedo464@cue.edu.co

Estudiante: Maria Fernanda Jaramillo Ospina  
Celular: 316 427 5077  
Correo electrónico: mjaramillo4610@cue.edu.co

**Si usted está de acuerdo en participar, por favor firme a continuación**

---

**FIRMA DEL PARTICIPANTE**

C.C.

---

**FIRMA INVESTIGADOR**

Claudia Andrea Acevedo Palacio

C.C. 41.932.659

---

**FIRMA INVESTIGADOR**

Maria Fernanda Jaramillo Ospina

C.C 1.094.934.828

**CONSENTIMIENTO INFORMADO GENERAL**

Me han explicado verbalmente y yo he leído la información proporcionada previamente. Voluntariamente acepto participar en este estudio. En constancia, firmo este documento de Consentimiento informado, en presencia del Dr. \_\_\_\_\_ y dos testigos, en la ciudad de \_\_\_\_\_ el día \_\_\_\_\_ del mes de \_\_\_\_\_ del año \_\_\_\_\_.

**Nombre completo, firma y documento de identidad del SUJETO**

Nombre: \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

Cédula de Ciudadanía #: \_\_\_\_\_ de: \_\_\_\_\_

**INVESTIGADOR Y TESTIGOS**

**Nombre completo, firma y documento de identidad del TESTIGO NÚMERO 1**

Nombre: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

Cédula de Ciudadanía #: \_\_\_\_\_ de: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Tel: \_\_\_\_\_

Relación o parentesco: \_\_\_\_\_

**Nombre completo, firma y documento de identidad del TESTIGO NÚMERO 2**

Nombre: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

Cédula de Ciudadanía #: \_\_\_\_\_ de: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Tel: \_\_\_\_\_

Relación o parentesco: \_\_\_\_\_

**Ficha sociodemográfica**

## Relación entre los estilos de apego y la ideación suicida

A continuación encontrará unas preguntas de identificación con sus posibles opciones de respuesta, seleccione la más adecuada para usted. En caso de que su respuesta no esté entre las opciones señaladas complete en el espacio en blanco de cada pregunta.

1. Nombre completo del estudiante  
\_\_\_\_\_
2. Sexo al que pertenece  
Mujer\_\_\_ Hombre\_\_\_
3. Edad en años cumplidos  
\_\_\_\_\_ años.
4. Programa en el que está matriculado.  
a. Psicología\_\_\_ b. Derecho\_\_\_ administración de empresas\_\_\_  
d. Medicina\_\_\_ e. Enfermería\_\_\_ f. Ingeniería Industrial\_\_\_
5. Semestre cursante  
\_\_\_\_\_ Semestre
6. ¿En qué estrato vive?  
I\_\_\_ II\_\_\_ III\_\_\_ IV\_\_\_ V\_\_\_ VI\_\_\_
7. ¿Cuál es su ciudad de residencia?  
a. Armenia\_\_\_ b. Calarcá\_\_\_ c. Salento\_\_\_ d. Filandia\_\_\_ e. Circasia\_\_\_  
f. Quimbaya\_\_\_ g. Montenegro\_\_\_ h. Génova\_\_\_ i. Pijao\_\_\_ j. Córdoba\_\_\_  
k. Buena vista\_\_\_ l. Tebaida\_\_\_
8. ¿Con que personas comparte vivienda?  
\_\_\_\_\_
9. ¿Tiene hermanos?  
a. No\_\_\_ b. Si\_\_\_ Cuantos\_\_\_\_\_.
10. Además de estudiante ¿Cuál otra ocupación tiene?  
a. Ninguna otra\_\_\_ b. Cual\_\_\_\_\_
11. ¿Cuál es su estado civil?  
a. Soltero\_\_\_ b. Casado\_\_\_ c. divorciado\_\_\_ d. Viudo\_\_\_ e. Unión libre\_\_\_
12. ¿Tiene hijos?  
a. No\_\_\_ b. Si\_\_\_ Cuantos\_\_\_\_\_
13. ¿Cuál es la religión que profesa?  
a. Ninguna\_\_\_ b. Cual\_\_\_\_\_
14. ¿Cuál es su inclinación sexual?  
a. heterosexual\_\_\_ b. homosexual\_\_\_ c. bisexual\_\_\_

Relación entre los estilos de apego y la ideación suicida

15. ¿Cuál era el tipo de colegio del que es egresado?  
a. Privado\_\_ b. Público\_\_
16. ¿Ha usted iniciado otros pregrados? Y si es así por favor indique cual o cuales.  
a. No\_\_ b. Si\_\_ Cual \_\_\_\_\_
17. ¿Qué edad tiene su padre?  
\_\_\_\_\_ años.
18. ¿Qué edad tiene su madre?  
\_\_\_\_\_ años.
19. ¿Cuál es la ocupación de su padre?  
\_\_\_\_\_
20. ¿Cuál es la ocupación de su madre?  
\_\_\_\_\_
21. ¿Cuál es su tipo de EPS? Y por favor indique en otros el nombre  
a. Contributivo\_\_ b. Subsidiado\_\_ Otros \_\_\_\_\_
22. ¿Ha sido diagnosticado alguna vez con una enfermedad mental?  
a. No\_\_ b. Si\_\_ Cual diagnostico \_\_\_\_\_
23. ¿Ha tenido usted tratamiento psicológico o psiquiátrico?  
a. No\_\_ B. Si\_\_ Por cuanto tiempo \_\_\_\_\_
24. ¿Alguien de su familia ha padecido de una enfermedad mental? Si es así y conoce el diagnostico, indíquelo.  
a. No\_\_ b. Si\_\_ Cual diagnostico \_\_\_\_\_
25. ¿Algún integrante de su familia ha tenido tratamiento psicológico o psiquiátrico? Si es así y si conoce la razón indíquela.  
a. No\_\_ b. Si\_\_ Razón de tratamiento \_\_\_\_\_

**Instrumento de Lazos Parentales (P.B.I)**

INSTRUCCIONES

Este cuestionario incluye una lista de algunas actitudes y conductas de los padres. Responda dentro del paréntesis con base en como usted recuerde a su *padre* hasta la edad de 16 años.

- 3= Siempre pasaba
- 2= Algunas veces pasaba
- 1= Rara vez pasaba
- 0= Nunca pasaba

**PADRE**

1. Hablaba conmigo en voz cálida y amigable. ( )
2. No me ayudaba tanto como yo lo necesitaba. ( )
3. Me dejaba hacer cosas que me gustaba hacer. ( )
4. Parecía emocionalmente frío conmigo. ( )
5. Parecía entender mis problemas y preocupaciones. ( )
6. Era cariñoso conmigo. ( )
7. Le gustaba que yo tomara mis propias decisiones. ( )
8. No quería que yo creciera. ( )
9. Trataba de controlar todo lo que yo hacía. ( )
10. Invadía mi intimidad. ( )
11. Disfrutaba hablar conmigo. ( )
12. Frecuentemente me sonreía. ( )
13. Tendía a consentirme. ( )
14. Parecía que no entendía lo que yo quería o necesitaba. ( )
15. Me dejaba tomar mis propias decisiones. ( )
16. Me hacía sentir que no me quería. ( )
17. Podía hacerme sentir mejor cuando yo estaba disgustado/a. ( )
18. No hablaba mucho conmigo. ( )
19. Trataba de hacer sentir dependiente de él. ( )
20. Sentía que no podía cuidar de mi mismo/a, si no estaba cerca. ( )
21. Me daba tanta libertad como yo quería. ( )
22. Me dejaba salir a menudo, cuando yo quería. ( )
23. Fue sobreprotector conmigo. ( )
24. No me alababa. ( )
25. Me dejaba vestir como yo quería. ( )

**Instrumento de Lazos Parentales (P.B.I)**

**INSTRUCCIONES**

Este cuestionario incluye una lista de algunas actitudes y conductas de los padres. Responda dentro del paréntesis con base en como usted recuerde a su *madre* hasta la edad de 16 años.

- 3= Siempre pasaba
- 2= Algunas veces pasaba
- 1= Rara vez pasaba
- 0= Nunca pasaba

**MADRE**

1. Hablaba conmigo en voz cálida y amigable. ( )
2. No me ayudaba tanto como yo lo necesitaba. ( )
3. Me dejaba hacer cosas que me gustaba hacer. ( )
4. Parecía emocionalmente fría conmigo. ( )
5. Parecía entender mis problemas y preocupaciones. ( )
6. Era cariñosa conmigo. ( )
7. Le gustaba que yo tomara mis propias decisiones. ( )
8. No quería que yo creciera. ( )
9. Trataba de controlar todo lo que yo hacía. ( )
10. Invasión mi intimidad. ( )
11. Disfrutaba hablar conmigo. ( )
12. Frecuentemente me sonreía. ( )
13. Tendía a consentirme. ( )
14. Parecía que no entendía lo que yo quería o necesitaba. ( )
15. Me dejaba tomar mis propias decisiones. ( )
16. Me hacía sentir que no me quería. ( )
17. Podía hacerme sentir mejor cuando yo estaba disgustado/a. ( )
18. No hablaba mucho conmigo. ( )
19. Trataba de hacerme sentir dependiente de ella. ( )
20. Sentía que no podía cuidar de mi mismo/a, si no estaba cerca. ( )
21. Me daba tanta libertad como yo quería. ( )
22. Me dejaba salir a menudo, cuando yo quería. ( )
23. Fue sobreprotectora conmigo. ( )
24. No me alababa. ( )
25. Me dejaba vestir como yo quería. ( )

**ESCALA CES-D**

A continuación hay una lista de emociones y situaciones que probablemente has sentido o tenido. Por favor escribe durante cuantos días en la semana pasada te sentiste así, o si te ocurrió casi a diario en las últimas dos semanas.

Durante cuantos días...	En la semana pasada			Últimas dos semanas	
	Escasamente (o a 1 día)	Algo (1 a 2 días)	Ocasionalmente (3 a 4 días)	La mayoría (5 a 7 días)	Casi a diario (10 a 14 días)
01. Me molestaron cosas que generalmente no me molestan	0	1	2	3	4
02. no tuve ganas de comer	0	1	2	3	4
03. Sentía que no podía quitarme la tristeza, ni con la ayuda de mi familia o amigos	0	1	2	3	4



Relación entre los estilos de apego y la ideación suicida

04. Sentía que era tan bueno(a) como los demás	0	1	2	3	4
05. Tenía problemas para poner atención a lo que estaba haciendo	0	1	2	3	4
06. Me sentí deprimido(a)	0	1	2	3	4
07. Ítem suprimido	0	1	2	3	4
08. Veía el futuro con esperanza	0	1	2	3	4
09. Pensé que mi vida era un fracaso	0	1	2	3	4
10. Tenía miedo	0	1	2	3	4
11. Dormía sin poder descansar	0	1	2	3	4
12. Estaba feliz	0	1	2	3	4
13. Platiqué menos de lo normal	0	1	2	3	4
14. me sentí sola	0	1	2	3	4
15. Sentía que la gente era poco amigable	0	1	2	3	4
16. Disfruté de la vida	0	1	2	3	4
17. Lloraba a ratos	0	1	2	3	4
18. Me sentía triste	0	1	2	3	4
19. Sentía que no le caía bien a los demás	0	1	2	3	4
20. No podía “seguir adelante”	0	1	2	3	4

Armenia, Octubre de 2016

**EPS:**

A quien corresponda

**Asunto:** Remisión de paciente

Por medio de la presente hacemos la debida remisión a medicina general y su respectiva ruta de atención a la estudiante:

**Nombre:** XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

**Edad:** XX años

**Número de identificación:** XXXXXXXXXXXX de XXXXXXX.

**Numero de contacto:** XXXXXXX

**Programa:** XXXXXX, X semestre

**Puntaje en la escala de Depresión CES-D:** XX

La impresión diagnóstica de la estudiante se da como resultado de la aplicación de la escala de depresión CES-D donde puntuó *alto en depresión* (XX). Toda vez que el punto de corte de la prueba es de 35 en hombres, por lo tanto, se realiza la presente remisión a la EPS

\_\_\_\_\_ en la cual el (la) joven se encuentra afiliado, con el fin de iniciar la debida ruta de atención médica.

Quedamos atentas ante cualquier inquietud,  
Cordial saludo:

Claudia Andrea Acevedo P.  
Psicóloga practicante  
cacevedo464@cue.edu.co  
Código: U00081820

Maria Fernanda Jaramillo O.  
Psicóloga practicante  
Mjaramillo4610@cue.edu.co  
U00082090  
Armenia, Octubre de 2016

**EPS:**

A quien corresponda

**Asunto:** Remisión de paciente

Por medio de la presente hacemos la debida remisión a medicina general y su respectiva ruta de atención a la estudiante:

**Nombre:** XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

**Edad:** XX años

**Número de identificación:** XXXXXXXXX de XXXXXXXXX

**Numero de contacto:** XXXXXXXXX

**Programa:** XXXXXXXX, X semestre

**Puntaje en la escala de Depresión CES-D:** XX

La impresión diagnóstica de la estudiante se da como resultado de la aplicación de la escala de depresión CES-D donde puntuó *alto en depresión (XX)*. Toda vez que el punto de corte de la prueba es de 42 en las mujeres, por lo tanto, se realiza la presente remisión a la EPS \_\_\_\_\_ en la cual el (la) joven se encuentra afiliado, con el fin de iniciar la debida ruta de atención médica.

Quedamos atentas ante cualquier inquietud,  
Cordial saludo:

Claudia Andrea Acevedo P.  
Psicóloga practicante  
cacevedo464@cue.edu.co  
Código: U00081820

Maria Fernanda Jaramillo O.  
Psicóloga practicante  
Mjaramillo4610@cue.edu.co  
U00082090