



**Mediación de las variables contextuales-individuales sobre la
relación entre atracción sexual y riesgo suicida en jóvenes
colombianos**

Carlos Alejandro Pineda Roa
Estudiante

Ana Mercedes Bello Villanueva
Tutora

Humberto Llinás
Asesor

Tesis para optar el título de Doctor en Psicología

Universidad del Norte

Barranquilla, Octubre 29 de 2020

Tabla de contenido

	Pag.
Resumen	5
Abstract	6
PARTE I. MARCO REFERENCIAL	7
Capítulo 1. Contextualización	8
Capítulo 2. Generalidades acerca del suicidio	11
Capítulo 3. El problema de investigación	18
Planteamiento de la Pregunta de investigación	20
Capítulo 4. Justificación.	20
Revisión de antecedentes empíricos	25
Disparidades en salud mental en población general joven heterosexual versus de minoría sexual	25
Antecedentes sobre variables mediadoras entre Atracción Sexual y Riesgo de Suicidio	42
PARTE II. MARCO TEÓRICO Y CONCEPTUAL	45
Capítulo 5. Desarrollo teórico	46
Modelo integrador del estrés minoritario	46
Planteamiento de Hipótesis	49
Marco conceptual	53

El concepto de mediación	57
PARTE III. OBJETIVOS Y MÉTODO	59
Objetivos	60
Capítulo 6. Método	61
Diseño	61
Participantes	61
Instrumentos	70
Operacionalización de variables	76
Procedimiento	79
Aspectos bioéticos	80
Análisis de Datos	82
PARTE IV. Resultados, Discusiones y Conclusión	84
Capítulo 7. Resultados	85
Capítulo 8. Discusión	120
Conclusiones	131
Referencias	139
Anexos	158

Agradecimientos

Especial agradecimiento a mi tutora, profesora Ana Mercedes Bello Villanueva por su enorme tiempo dedicado y paciencia por mis vaivenes y dificultades que trajo este trabajo.

A mi familia que estando alejado de ellos fue posible mantener viva nuestra comunicación.

A mis colegas, amigos y/o profesores en Colombia Rubén Ardila, Jorge González, Fredy H. Villalobos, Efraín García, Jorge Palacio, Miguel Rojas, Jean David Polo, Adalberto Campo-Arias y en el extranjero Luis Ortiz, Carlos Santos, Ilan Meyer, Michael King, con quienes conversé en mayor o menor grado sobre este trabajo y sus vicisitudes. Sus aportaciones ayudaron a dar forma a la tesis.

A mis colegas de colegios y universidades que permitieron la recolección de la información en sus instituciones, sin su apoyo, esta investigación no habría llegado a feliz término.

Finalmente, no puedo dejar de mencionar a todas y todos los jóvenes que dedicaron su valioso tiempo a diligenciar los instrumentos que hicieron parte de esta investigación, ¡de ellos aprendí mucho y espero que en ellos también se haya despertado el valor de la vida!

¡A todos ellos y ellas gracias!

Resumen

A nivel internacional, se ha encontrado una asociación entre estatus de atracción sexual y riesgo de suicidio, con mayores prevalencias de ideación, planeación e intento de suicidio en jóvenes con estatus de minoría sexual (EMS), en comparación con jóvenes con atracción por el sexo opuesto (ASO). No obstante, se conoce poco acerca de los mecanismos por los que ocurre esta asociación. El objetivo del presente estudio fue determinar las variables contextuales e individuales que median sobre la relación entre atracción sexual y riesgo de suicidio. Se diseñó un estudio transversal de tipo explicativo mediante ecuaciones estructurales. Muestreo fue por conglomerados multietápico. Se solicitó la participación de colegios y universidades públicos y privados de Bogotá, Barranquilla y Villavicencio. Participaron 3064 jóvenes entre 14 y 24 años ($M=16.8$, $DE=2.2$), 61% eran mujeres. Los estudiantes diligenciaron una batería de cuestionarios validados en población hispana. El promedio de riesgo de suicidio fue más elevado en los jóvenes con EMS en comparación a los jóvenes con ASO y la magnitud del efecto estuvo entre baja y moderada, tanto en hombres como en mujeres. El bullying, la aceptación percibida de la madre y los eventos estresantes, así como la depresión, la desesperanza y la impulsividad, tuvieron un efecto directo sobre el riesgo de suicidio. Las variables que mejor mediaron en la relación entre atracción sexual y riesgo de suicidio fueron: la aceptación percibida de la madre y el bullying, pues su efecto mediador se mantuvo después de controlar por depresión, edad y sector público versus privado.

Palabras clave: riesgo suicida, atracción sexual, mediación, modelo integrador del estrés minoritario.

Abstract

At level international, an association has been found between the status of sexual attraction and the risk of suicide, with higher prevalences of suicidal ideation, planning and attempt in sexual minority young (SMY), compared to young people with attraction sexual opposite (ASO). However, little is known about the mechanisms by which this association occurs. The aim of the presente study was to determine the contextual and individual variables that mediate the relationship between sexual attraction and suicide risk. An explanatory cross-sectional study designed using structural equations. Sampling was by multistage clusters. The participation of public and private colleges and universities in Bogota, Barranquilla and Villavicencio Colombia was requested. 3064 young people between 14 and 24 years old participated ($M=16.8$, $SD=2.2$), 61% were women. The students filled out a battery of questionnaires validated in the Hispanic population.

The average risk of suicide was higher in youth with SMY compared to youth with ASO, and the magnitude of the effect was low to moderate in both men and women. Bullying, perceived acceptance of mother and stressful events, as well as depression, hopelessness, and impulsivity, had a direct effect on suicide risk. The variables that best mediated the relationship between sexual attraction and suicide risk were: the mother's perceived acceptance and bullying, since its mediating effect was maintained after controlling for depression, age, and the public versus private sector.

Keywords: suicide risk, sexual attraction, mediation, integrative model of minority stress.

PARTE I
MARCO REFERENCIAL

Capítulo 1

Contextualización de la investigación

Perspectiva histórica

Tanto la homosexualidad como el suicidio son herederos directos de la *condenación* que la tradición judío cristiana les impusieron. Para los cristianos, suicidarse se constituye en una falta grave, un pecado mortal, por constituir una violación del quinto mandamiento “No matarás”, ya que la vida le pertenece a Dios y es él quien determina su fin. Señalan Carmona, Tobón, Jaramillo & Areiza (2010) que cuando el suicidio es entendido como un acto de autodeterminación plena por parte de la persona, se puede hablar de una perspectiva “indeterminista”. Agregan que “el acto de suicidio constituye una afirmación en contra de ese determinismo religioso y por lo mismo, dicho acto se convierte en indeterminista”. En consecuencia, dicha postura implica necesariamente una culpabilización de la que es objeto la persona suicida y por ende no es útil para adoptar una medida de prevención ante el suicidio, ya que el miedo y la culpa se apoderan de la persona generando mayor desesperanza.

Con relación a la homosexualidad, la iglesia católica en particular no ha manifestado una postura clara respecto al tema de la homosexualidad. Benedicto XVI señaló que: “Como seres humanos (los homosexuales) se merecen el respeto (...), no deben ser rechazados por ello. El respeto del ser humano es totalmente fundamental y decisivo”, afirmó el Papa. Y añadió que: “Pero eso no significa que, por eso, la homosexualidad sea correcta, sino que sigue siendo algo que está contra la esencia de lo que Dios ha querido originalmente”, Benedicto XVI, 2011, p. 72-73. Recientes manifestaciones del Papa Francisco han sido más “amigables” con respecto al tema, cuando señaló públicamente “quién soy yo para juzgar a los homosexuales”. Ardila (2008) en su libro sobre *homosexualidad y psicología* afirmó que “las conductas homosexuales han existido siempre en toda cultura y momento histórico”, aunque no se les daba el nombre de homosexuales a las personas que las practicaban. Hubo conductas homosexuales en los griegos, hindúes, romanos, en los indígenas americanos. Para muchos, la homosexualidad hoy es una construcción social de la modernidad y conforme señala Ardila (2008) “no es hoy ni pecado, ni delito, ni enfermedad, es un estilo de vida” (p. 136).

Rofes en 1983, estudió el tema del suicidio en mujeres lesbianas y hombres gay desde un punto de vista histórico y enumeró los mitos y realidades que para ese entonces se asociaban con el tema de la homosexualidad. Por ejemplo, Rofes señaló que “el más grave daño del cual la profesión médica fue responsable es haber visto la homosexualidad como inherentemente autodestructiva, intentando probar que el acto homosexual estaba arraigado en la enfermedad y que por ello tenía sentido encontrar su cura”. De acuerdo con Joost Meerloo señaló que “el acto homosexual representa en sí mismo una tendencia suicida, una fuerte furia contra prolongar la raza o una necesidad inconsciente de unirse con la persona más fuerte del mismo sexo” (citado en Rofes, 1983, p. 9). Desde un punto de vista social, añade Rofes, tanto el suicidio como la homosexualidad fueron concebidas como delito por muchas legislaciones en el mundo. Por tanto, es claro que estas ideas vistas en contexto, ligaban el suicidio a algo en la propia naturaleza de la actividad homosexual y que iba en contra de los valores sociales de la época. La posición de Rofes es enfática en señalar que no hay nada en la naturaleza del individuo homosexual que lo incline al suicidio.

Sin embargo, en la mayoría de países del mundo, la homosexualidad no es hoy, ni delito ni enfermedad, es una alternativa de vida, como lo han señalado varios expertos “una variación de la sexualidad en los seres humanos”. La homosexualidad fue excluida de la lista de trastornos mentales en 1973 por la Asociación Psiquiátrica Americana APA y posteriormente lo hizo también la Organización Mundial de la Salud OMS en 1990 (Ardila, 2008). No obstante, aún falta que varias legislaciones en el mundo dejen de considerar la homosexualidad como un delito.

De acuerdo con Galliher, Rostosky y Hughes (2003), se entiende por *estatus de atracción sexual* a la categoría de la identidad sexual que examina el grado en que las personas se sienten variadamente atraídas por el sexo opuesto, por el mismo sexo o por ambos. Según Galliher, Rostosky y Hughes (2004), cada vez más jóvenes se autodefinen a una edad más temprana como Lesbianas Gays y/o Bisexuales. Además, según Troiden (1989) y (Floyd and Stein, 2002) y más recientemente, la revisión de Bayley et al. (2016) consideran que la conciencia de la atracción sexual por el mismo sexo típicamente antecede a la conducta sexual (Bayley et al. 2016, p. 48) y no a la inversa. Es decir, la atracción sexual es la motivación que guía los comportamientos sexuales en una sociedad, mientras que estos últimos pueden estar altamente influenciados por un contexto local. Austin, Conron, Patel, Freedner (2007) al igual que Friedman, Silvestre, Gold,

Markovic, Savin-Williams, et al. (2004) concluyeron que las preguntas sobre atracción sexual son más fácilmente entendidas y respondidas por los adolescentes que las preguntas sobre auto etiquetamiento como homosexual, bisexual o heterosexual.

Perspectiva legal

En Colombia, cerca de 13 millones de personas son jóvenes, los cuales representan cerca del 27% de la población total (DANE, 2018). Además, los jóvenes en Colombia han ganado terreno en el ejercicio de sus derechos políticos. La ley 1622 de 2013 señala que “las acciones y estrategias para orientar la actividad del Estado y la sociedad civil, así como generar las condiciones para que, de manera autónoma, responsable y trascendente, la juventud pueda ejercer su ciudadanía y sus proyectos de vida individuales y colectivos”. A pesar de esto, aún falta empoderamiento de los jóvenes en el ejercicio de sus derechos ante el Estado Colombiano.

La legislación colombiana es clara al respecto de quienes son considerados jóvenes en Colombia. En su artículo 5° dicha ley define *joven* como “Toda persona entre 14 y 28 años cumplidos en proceso de consolidación de su autonomía intelectual, física, moral, económica, social y cultural que hace parte de una comunidad política y en ese sentido ejerce su ciudadanía”. El presente estudio retoma el límite inferior de dicho grupo etario y lo extiende hasta los 24 años, siendo este rango el de mayor riesgo de suicidio en jóvenes en Colombia, según Medicina Legal (2018) y la Encuesta Nacional de Salud Mental adolescente (2010). Adicionalmente, desde el punto de vista del código de procedimiento penal, la edad de consentimiento sexual en Colombia se toma desde los 14 años cumplidos de acuerdo a los artículos 9, 10, 11, 12, 208 y 209 de la ley 599 de 2000 (Código Penal vigente).

Por último, El Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021 identificó el suicidio como prioridad para la vigilancia e intervención en Salud Pública y esto quedó enmarcado dentro de la Ley 1616 de Salud Mental (2013). La problemática de suicidio en adolescentes y jóvenes se concreta dentro del Plan de Desarrollo 2018-2022 como un *reto acumulado* en la agenda del Gobierno de Colombia. En el 2014, la muerte por suicidio de Sergio Urrego, un adolescente homosexual de 17 años del Colegio Gimnasio Castillo Campestre en Bogotá alertó a las autoridades educativas acerca de que la homofobia muy probablemente había provocado la muerte de este adolescente. La Corte Constitucional alertó al Ministerio de Educación sobre la

necesidad de revisar los manuales de convivencia y prevenir más muertes por discriminación en virtud de la orientación sexual (Corte Constitucional, Sentencia T-478, 1998 de 2015).

Capítulo 2

Generalidades acerca del suicidio

El tema del suicidio constituye un problema de salud pública en Colombia y a nivel mundial, dada su alta morbilidad y mortalidad. Es considerado por la Organización Mundial de la Salud OMS como violencia autoinfligida (OMS, 2014). De acuerdo con Silverman (2011), se entiende por *conducta suicida* tanto las manifestaciones de ideación como de intentos o acto(s) de quitarse la vida de manera intencional o deliberada. Esta noción considera que las conductas suicidas ocurren en un *continuo*, lo que se ha sabido denominar ‘espectro suicida’ el cual va desde la ideación, planeación e intento de suicidio hasta su consumación. El meta-análisis de Van Egmond y Diekstra (1989) y el trabajo de Villardón Gallego, 1993, p. 32), apoyan la tesis que “los sujetos con una mayor severidad de conducta suicida tienen o han tenido con anterioridad un mayor número de conductas suicidas, ya sean intentos o ideación, lo cual habla en favor de una continuidad de la conducta suicida”. El presente trabajo acoge dicho marco de referencia dentro de la línea de autores que trabajan el espectro suicida y suponen que este se da en un continuo, lo cual implica, por ejemplo, que mayor tasa de suicidios se relaciona con mayor riesgo de suicidio.

Según la Clasificación Internacional de Enfermedades, CIE 10, el suicidio es “un acto con resultado letal, deliberadamente iniciado y realizado por el sujeto, sabiendo o esperando el resultado letal y donde la muerte es un instrumento para obtener cambios deseables en la actividad consciente y en el medio social” (OPS, 1996, 2014, p. 12). El término deliberado es sinónimo de intencional. *La ideación suicida*, según Beck y col. (1974), se entiende *ideación relacionada a* suicidio como “toda conducta abierta, que incluye comunicaciones, preocupaciones verbalizaciones y amenazas de querer morir” (p. 11).

Se define *intento de suicidio* como una acción con resultado no fatal en que existe evidencia explícita o implícita de que la persona tenía la intención en alguna medida de provocarse la muerte (Gómez, 2018, p. 17).

Ha habido mucha discusión sobre la terminología empleada para estudiar el suicidio, sin embargo, la nomenclatura sobre suicidio que muchos investigadores de distintas disciplinas han

acogido por consenso fue expuesta por Silverman y col. (2007, 2011), allí, *conducta suicida* hace alusión tanto a pensamientos, planes, así como al intento o tentativa de suicidio, en el cual dos componentes son claros: auto-infligida (el agente causal de muerte es el propio sujeto) y que los comportamientos, al menos un intento, buscaban conscientemente la muerte. Dado el instrumento de evaluación empleado en la presente investigación (Plutchik & Van Praag, 1989), en adelante se hará alusión a *riesgo suicida* e incluye todos los componentes expuestos por Silverman y col. (2011).

De acuerdo con Burak (1999) se entiende por *factores de riesgo* “las características detectables en un individuo, familia, grupo o comunidad que <señalan> una mayor probabilidad de tener o sufrir un daño” (p. 3). Añade Burak que existen varios tipos de factores de riesgo; para efectos de este trabajo, los concernientes a ideación e intento de suicidio son los que él denomina de *amplio espectro*, es decir, aquellos factores o conductas indicativos de mayor probabilidad de daño. Por su parte, *factores protectores* se refiere a una o más conductas que aún en presencia de los factores de riesgo, favorecen la no ocurrencia del daño.

A nivel internacional, se han reportado múltiples desenlaces de salud mental en minorías sexuales. Por ejemplo, experimentar más altos niveles de eventos estresantes, desesperanza, depresión, impulsividad, e inclusive ideación e intento de suicidio en comparación con jóvenes heterosexuales. Sin embargo, pocos estudios han implementado una perspectiva que muestre la co-ocurrencia de factores de riesgo y protectores (Bauer, Flanders, MacLeod & Ross, 2016; Ferlatte, Dulai, Hottes, Trussler & Marchand, 2015, Pineda, 2013), lo que implica necesariamente, estudiar la exposición a múltiples contextos que generen estas disparidades de salud mental en esta población. La presente investigación adopta este marco multicausal y multivariado. En consecuencia, se privilegia la adopción de modelos de mediación múltiple y no simplemente de mediación simple entre la atracción sexual y el riesgo de suicidio. A continuación, se presentan las cifras tanto de suicidio como de riesgo de suicidio a nivel internacional y en Colombia.

Cifras a nivel internacional

De acuerdo con estimaciones de la OMS, el suicidio en el año 2020 duplicará su tasa, constituyendo una de las primeras causas de muerte a nivel mundial, (Bando, Brunoni,

Fernández, Benseñor y Lotufo, 2012). Alrededor de un millón de personas en el mundo mueren a causa de suicidio anualmente. Tan solo en los Estados Unidos, cada año mueren por suicidio aproximadamente 30.000 personas, según reporte del Center for Diseases Control (CDC), véase OMS (2009). En el mismo año, según indicó la OMS, en Estados Unidos, Canadá, Argentina, Chile, Australia e India se presentaron tasas entre 6.5 y 13 suicidios por cada 100.000 habitantes; países de Europa Oeste, la tasa asciende 8.7; en países de Asia continental, Europa del Este y Japón se registran las tasas más altas en el mundo (mayor que 13 por cien mil habitantes PCMH).

Lo anterior implica que no es posible entender el suicidio y sus determinantes sin tener presente los contextos culturales donde se presentan. Colombia ocupa un lugar bajo con tasas entre 5 a 6 PCMH, sin embargo, en el último decenio hay una tendencia al aumento, siendo de 4.77 la tasa PCMH en el 2015, 5.20 en el 2016 y 5.72 en el 2017 (INMLCF, 2018). En efecto, la Organización Mundial de la Salud considera que en algunos países el suicidio en jóvenes es más alto y estima un aumento considerable entre los jóvenes de 15 a 25 años (OMS, 2018). La mayor cuota de suicidios la colocan hombres, representando el 80% de los 2571 casos registrados para en 2017.

Según la OPS (2014), el suicidio es “una tragedia personal que se lleva prematuramente la vida de una persona, tiene una onda expansiva continua y afecta las vidas de familias, amigos y comunidades” (p. 11). Lo anterior deja claro el impacto en el contexto social inmediato y las consecuencias sobre la vida de otros significativos. Agrega la OPS que “cada año se suicidan más de 800.000 personas, una cada 40 segundos” y que por cada suicidio puede haber hasta veinte intentos... pero enfatiza que este fenómeno es prevenible y que la afectación principal está en los jóvenes entre los 15 y los 29 años. En todo caso insiste en que las cifras varían de un país a otro, razón por la cual no es posible “confiarnos” en las cifras provenientes de otras latitudes sino emprender estudios que cuantifiquen nuestra propia realidad frente a la problemática.

Cifras a nivel nacional

Según el Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses (INMLCF, 2018), las tasas de suicidio tienen un comportamiento desigual entre lo urbano y lo rural en Colombia. La mayoría de los suicidios ocurren en las cabeceras municipales (73.18%). Entre las ciudades capitales, la mayoría de ellas están por encima de la tasa nacional (> 5.93). De manera similar ocurre con la tasa de suicidios en los distintos rangos etarios que muestra Medicina Legal para los jóvenes.

Para 15 a 17 años (6.64 PCMH), 18 a 19 años (8.38 PCMH) y entre 20 a 24 años (9.09 PCMH). Por ejemplo, según las cifras de la Encuesta Nacional de Salud Mental ENSM, las tasas más altas de suicidios en adolescentes y jóvenes varones se registraron en Bogotá. (ENSM, 2015).

Con respecto a población adolescente y tomando como referencia el 2006, en el 2015 las cifras de suicidios aumentaron en un 23%. La tabla 1 señala un aumento de ideas suicidas en hombres entre el 2003 y el 2015. En estos dos períodos también se observa mayor proporción de ideas suicidas en adolescentes en comparación con adultos. En general, de manera reiterada el INMLCF reporta que independientemente de la etapa del ciclo vital, los hombres han sido más efectivos en concretar el suicidio que las mujeres. Llama también la atención que la ENSM (2015) arroja resultados de conductas suicidas diferidas según diversas regiones, algo que no se presentó en la ENSM (2003). Por ejemplo, el nivel de riesgo de ideación e intento suicida es muy superior en Bogotá en comparación con otras regiones, en particular con la región Atlántica.

Aunque el rango etario de mayor proporción de suicidios para el 2015 en Colombia estuvo entre los 14 y 35 años, cabe destacar que el pico más alto de suicidios en el 2015 fue entre los 20 y 24 con un 15% aproximadamente (INMLCF, 2015, p. 423).

Tabla 1. Distribución porcentual de riesgo suicida en el último año según sexo

Año	Adolescencia				Adulthood joven			
	Ideación suicida (%)		Intento suicida (%)		Ideación suicida (%)		Intento suicida (%)	
	Hombre	Mujeres	Hombre	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
2003	1.8	7.1	0.3	3.2	4.0	3.1	1.7	0.9
2015	5.7	7.4	2.9	2.1	5.3	7.9	2.3	3.8

Fuente: Elaboración a partir de ENSM-Colombia 2003-2015

Según el INMLCF es en la adolescencia tardía donde se presenta el mayor riesgo, ya que, en ambos sexos, la tasa fue de 8.57 por cada cien mil habitantes (PCMH) entre los 18 a 19 años, seguidos del grupo etario entre los 20 a 24 años con 8.73 PCMH. Estas cifras ameritan la pertinencia de estudiar el riesgo de suicidio en jóvenes. De lo anterior, llama la atención que es entre los rangos de 15 a 17 y 18 a 20 años donde en Colombia se presenta el mayor riesgo para las mujeres 4.68 y 3.91 PCMH respectivamente, (INMLCF, 2017, p. 354). En consecuencia, para este grupo etario, es relevante estudiar ambos sexos.

Diversos estudios han concluido que la intensidad de las ideas suicidas es más alta en la adolescencia (Goldston, Daniel, Erkanli, Reboussin, Mayfield, Frazier & Treadway, 2009; Malley et al., 2008; ENSM, 2015) en comparación con los adultos jóvenes. Igual resultado se encontró entre adolescentes y adultos jóvenes homosexuales en Bogotá (Pineda-Roa, 2019). Asimismo, una mayor proporción de adolescentes homosexuales supera a los adolescentes heterosexuales en varios aspectos de salud mental, incluido el mayor riesgo de ideación e intento de suicidio (Davis, Stafford, & Pullig, 2014; Haas, et al., 2011; Ortiz-Hernández & Valencia-Valero, 2015).

Recientemente, el estudio de Mu et al. (2016) describieron el nivel y los factores de riesgo de comportamientos suicidas en 807 hombres que tienen sexo con hombres (HSH) en China, que en su mayoría eran adultos jóvenes (71%) con edades entre 18 y 29 años. Los HSH chinos tuvieron prevalencias de ideación suicida (18,3%), plan suicida (8,7%) e intento suicida (4,6%) que fueron alrededor de 2,8, 5,8 y 5,8 veces mayores que los de adultos masculinos en la población general de China. Los HSH con cualquier trastorno psiquiátrico eran 4-7 veces más propensos a pensar, planear o intentar suicidarse que los HSH sin trastorno, y existía una clara relación entre el número de trastornos comórbidos y los comportamientos suicidas. Por lo anterior, el riesgo para la conducta suicida no es ser hombre ni tener sexo con otros hombres sino tener un trastorno.

El metanálisis de Marshal et al. (2011), encontró que 28% de minorías sexuales jóvenes contra 12% de jóvenes heterosexuales reportaron historia de riesgo suicida (ideación, planes e intentos de suicidio). Para el caso de varones homosexuales, 28% reportó historia de conductas suicidas contra 17% de varones heterosexuales. Por su parte, 37% de mujeres lesbianas reportó historia de riesgo suicida versus 23% para mujeres heterosexuales. El estudio destaca riesgo de suicidio moderado entre los subgrupos de gays y lesbianas, pero mayor riesgo de suicidio en bisexuales, (OR = 4.92; $p < .0001$; IC 95%, 2.82-8.59) que en no bisexuales (heterosexuales y homosexuales exclusivos), (OR = 1.87; $p < .0001$; IC = 1.35-2.58). Esta situación de las personas bisexuales es desconocida en el contexto latinoamericano. No obstante, Pompili et al., (2014) en su revisión sistemática sobre bisexualidad y suicidio halló, que de los 15 estudios revisados, 13 reportaron tasas más altas de ideación e intento de suicidio en bisexuales en comparación con las demás orientaciones sexuales.

El estudio de Langhinrichsen-Rohling et al., (2010) exploraron la relación entre el estado de atracción sexual (sexo entre personas del mismo sexo, ambos sexos y sexo opuesto) y el comportamiento suicida en una muestra diversa de adolescentes (N = 1.533 jóvenes). Las autoras reportaron que “los adolescentes con atracciones por ambos sexos reportaron una mayor propensión al suicidio, ideación suicida reciente y de por vida e intentos de suicidio anteriores que aquellos con atractivos exclusivamente de sexo opuesto”. Quienes informaron de atracciones del mismo sexo generalmente demostraron elevaciones moderadas en estas variables. La tabla 2 resume específicamente las cifras de ideación suicida e intento en personas jóvenes heterosexuales en comparación a minorías sexuales a nivel internacional.

Tabla 2. Disparidades en ideación suicida reciente en jóvenes según estatus de atracción/orientación sexual.

Autores	Año	País	Muestra	Atracción/Orientación sexual					
				Ambos sexos		Sexo Opuesto		Mismo sexo	
				H	M	H	M	H	M
Soon Kyu Choi et al.	2020	Colombia	Hombres y mujeres mayores de 18 años	53%		---		55%	49%
Marshal et al.	2011	USA	Hombres y mujeres jóvenes	37%		17%		28%	37%
Cochran y Mays	2000	USA	Hombres y mujeres jóvenes	---		17%		---	31%
LanghinrichsenRohling, Lamis, Malone	2015	USA	Jóvenes entre 13 y 18 años	30%		18%		23%	
Eisenberg y Resnick	2006	USA	Estudiantes de 9° a 12°	47%		35%		47%	
Arnarsson, Sveinbjornsdottir, Thorsteinsson & Bjarnason	2015	Islandia	Estudiantes de 15 a 16 años	30%	30%	14%	21%	30%	37%
Fish et al.	2019	USA	Jóvenes de 18 años promedio	20%		5%		20%	
Blosnich & Bossarte	2012	USA	Jóvenes de 20 años promedio	21%		5,5%		15%	

Fuente: Elaboración propia. H=Hombres; M=Mujeres.

Capítulo 3: El problema de investigación

Una revisión sistemática de riesgo de suicidio a nivel mundial en poblaciones LGB realizada entre los años 2004 a 2014 por Tomicic et al. (2016), concluyó que el tema de riesgo de suicidio en minorías sexuales está en su etapa exploratoria, le falta innovación metodológica, está centrada en estudios de corte epidemiológico, poco contextualizada en las realidades de cada país y en consecuencia focalizada en población de países desarrollados (Pineda-Roa, 2013). Añadieron que “se observaron limitaciones como tomar rangos de edad muy amplios que pueden introducir variables confusoras relacionadas a etapas de desarrollo en general y momentos críticos de la identificación de género y orientación sexual”.

Adicionalmente, en los registros oficiales de suicidio, pocas veces se conoce la atracción/orientación sexual de quien se suicida. Esta problemática se extiende a los estudios sobre riesgo de suicidio, en los cuales, no es común preguntar la orientación sexual de jóvenes con ideas e intentos de suicidio. En efecto, Heck, Mirabito, Lemaire, & Livingston (2017) examinaron la frecuencia con la cual, los ensayos clínicos controlados de intervenciones conductuales y psicológicas sobre ansiedad y depresión indagan acerca de variables como la orientación sexual y las identidades de género no binarias. Mediante asignación aleatoria, ellos eligieron un total de 400 de 2400 artículos de las bases de datos PsyInfo y Pubmed de los años 2004, 2009 y 2014. De los 232 artículos que cumplieron los criterios de inclusión, encontraron que en sólo uno se preguntó la orientación sexual y en ninguno indagó se sobre las identidades de género no binarias. Los autores concluyen que, a pesar de las disparidades en salud mental en relación a orientación sexual e identidad de género, los autores no están reportando resultados de estas variables sociodemográficas, lo que revela un vacío al respecto sobre la literatura en salud mental juvenil. Señalan que es necesario incluir los reportes de resultados según orientación sexual e identidad de género con el fin de que las intervenciones se puedan generalizar a personas lesbianas, gays y bisexuales y transgénero.

Además de esta escasa evidencia en Colombia y otros países latinoamericanos, en el 2015, Meyer, Frost y Nezhad propusieron un modelo integrador para explicar la etiología de las conductas suicidas en población LGB joven. Meyer y colaboradores señalan allí que las variables

que influyen sobre el riesgo de suicidio son las mismas para heterosexuales y homosexuales (Meyer, Frost & Nezhad, 2015, p. 178). No obstante, agregan que el excesivo estigma y discriminación al cual está expuestas las minorías sexuales deteriora su salud mental y eleva el riesgo de suicidio. El modelo integrador incluye variables de población heterosexual y de minorías sexuales asociadas con riesgo de suicidio y a estas se añadieron los tres componentes específicos del modelo teórico de estrés minoritario (eventos estresantes, expectativa de rechazo y homofobia internalizada).

Los autores señalaron allí que su modelo integrador no ha sido probado aún de manera sistemática. Por tanto, y a pesar de las cifras que hemos presentado previamente en las cuales son evidentes las disparidades en riesgo de suicidio entre minorías sexuales y población heterosexual, existe un vacío en cuanto a modelos empíricamente probados en población de minorías sexuales en Colombia y muy poca evidencia a nivel internacional de variables mediadoras que expliquen la relación entre atracción sexual y riesgo de suicidio en jóvenes. La poca evidencia encontrada sobre variables mediadoras que expliquen dicha relación es muy dispersa y varios autores han puesto a prueba sólo algunas partes del modelo de estrés minoritario, por ejemplo, la relación de la homofobia internalizada y la ideación suicida, (Pineda-Roa, 2019); el papel de la discriminación por orientación sexual sobre el riesgo de suicidio (Duncan & Hatzenbuehler, 2014), también se ha puesto a prueba el efecto del abuso sexual sobre la ideación suicida, pero no en co-ocurrencia con otras formas de violencia (Norman et al., 2012). En Colombia, la tesis de maestría de Chacón y Fynn (2010) sólo encontró evidencia del modelo de estrés minoritario en hombres homosexuales jóvenes y adultos en cuanto a ideación suicida, pero no para intento de suicidio.

Además, los jóvenes y en particular los adolescentes son más vulnerables por su etapa de desarrollo que los inserta en mayor búsqueda de sensaciones nuevas en cuanto a la sexualidad, seguido de la presión social como característica distintiva de la adolescencia que dificulta una toma de decisiones autónoma y los hace proclives a mayores conductas de riesgo, en particular a conductas suicidas, (Nurmi, 2013).

Por último, la falta de sistematización y puesta a prueba del modelo integrador del estrés minoritario impide realizar programas preventivos e intervenciones eficaces específicamente dirigidas a población de minoría sexual joven. Teniendo en cuenta estas problemáticas del

desarrollo en los jóvenes, las cifras nacionales e internacionales, y la falta de modelos explicativos empíricamente probados en población joven autoidentificada según estatus de atracción sexual en Colombia, se plantea la siguiente pregunta de investigación.

Planteamiento de la Pregunta de investigación

¿Cuáles son las variables contextuales e individuales que median en la relación entre atracción sexual y riesgo de suicidio en jóvenes escolarizados colombianos? A continuación, se presenta la relevancia y pertinencia del proyecto en términos sociales, científicos y de importancia para la disciplina psicológica.

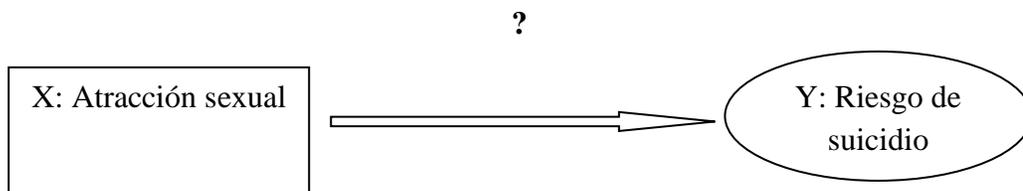


Figura 1. Esquema general de la pregunta de investigación.

Capítulo 4.

Justificación: Relevancia social, científica y para la psicología

Aspectos sociales

Según Medicina Legal (2015), los problemas de salud mental, problemas familiares, problemas de pareja o expareja, desamor, enfermedad física o mental y muerte por suicidio de un familiar son los principales factores asociados al suicidio. El principal método, independiente de la etapa del ciclo vital es el ahorcamiento o asfixia (65%), seguido por las sustancias tóxicas (20.4%). Por otro lado, según Bohórquez, Restrepo, Rodríguez, Bohórquez, Diazgranados, Ospina & Fernández (2002) señalan que el grupo etario de mayor riesgo de suicidio es la adolescencia y es el intento de suicidio el principal predictor de suicidio consumado, (Instituto Nacional de Salud, 2016, p. 9), por lo que, según el Instituto, hacer seguimiento a estos casos es fundamental para evitar decesos.

Variados contextos familiares se mueven entre el control excesivo o la falta de supervisión y de apoyo por parte de los padres los cuales generan un clima de tensión en algunas familias dejando como única opción a los hijos escaparse de la casa o buscar la confianza en

amigos (as) antes que los propios padres. Esta situación de desarraigo en los jóvenes puede generar sentimientos negativos como el percibir que son una carga para sus padres y que no merecen su cariño. Incluso muchos jóvenes oyen que sus padres hablan mal de ellos y que desde muy pequeños sólo merecieron el castigo físico y psicológico. En tales hogares disfuncionales, la desaprobación se convierte en la norma de los padres para criar a sus hijos y esto los lleva a sentimientos de desesperanza y de falta de razones para vivir. Está demostrado que un ser humano que no es deseado y que vive en un entorno con falta de aprobación, al no sentirse querido, desarrollará problemas en sus procesos de socialización y autoestima, ya que los malos tratos tienen un efecto negativo a largo plazo tanto a nivel de su funcionamiento personal, de pareja y en la formación de su futura familia, (Pino, & Herruzo, 2000).

Además, el suicidio es un problema que pone en evidencia la fragilidad de las condiciones de salud, tanto mental como de bienestar del individuo y de su entorno en general. Las mujeres son más propensas a reportar ideas suicidas que los hombres y hasta dos o tres veces más probable que intenten suicidarse. En todo caso el peor desenlace lo llevan los hombres al ser más efectivos en concretar el suicidio (INMLCF, 2016).

A pesar que se ha sostenido que Colombia es un país multicultural, no se han llevado a cabo estudios comparativos de conductas suicidas con otras regiones. Dado que nos interesa estudiar la influencia del contexto socio cultural en el riesgo suicida, la presente investigación tiene en cuenta jóvenes de tres regiones, Bogotá, Villavicencio y Barranquilla.

Así como no hay cifras uniformes de conductas suicidas en Colombia, algo similar ocurre con la variable orientación sexual. Por ejemplo, González (1985) señaló que “los costeños informan sistemáticamente menor porcentaje de homosexualidad que los habitantes de otras regiones del país”. Agrega que las conductas homosexuales son mucho más abiertas que en el resto del país, concluyendo que “los costeños tienen mayor prevalencia de relaciones homosexuales, pero dicen que eso no los convierte en homosexuales”. Esta situación de menor identificación con la orientación homosexual podría deberse al grado de discriminación y homofobia latente en esta región del país, lo que hace bastante relevante la comparación en población joven residente en esta región con el resto de las ciudades.

Aspectos científicos y epidemiológicos

Existe necesidad de estudios precisos que aporten cifras para intervenciones preventivas en las comunidades estudiantiles de bachillerato, las cuales se han visto en riesgo de suicidio cada vez mayor a una menor edad (Estudio Nacional de Salud Mental Colombia, 2010). La Organización Panamericana de la Salud OPS señaló en el 2014 que el suicidio afecta principalmente a poblaciones de ingreso bajos y medios ya que en ellos se encuentra la principal tasa de suicidios a nivel mundial con un 75% del total de casos. La OPS también alertó sobre la situación de poblaciones vulnerables debido a que en dichas poblaciones se registran mayores tasas de suicidios, particularmente entre los miembros de grupos minoritarios y entre quienes experimentan discriminación (diversidad sexual no heterosexual, negritudes, indígenas, entre otros). En Colombia, en general, tanto en las grandes ciudades, como en poblaciones pequeñas e intermedias, se desconoce la situación real de ideación, intento y suicidio consumado en población sexualmente diversa, población vulnerable sobre la que se hace hincapié en el presente estudio.

En el presente estudio se llevó a cabo un ajuste por edad, no presentado en investigaciones precedentes, por un par de razones. La primera, los comportamientos suicidas muestran una curva en U, las mayores prevalencias se observan en los extremos de la vida, en adolescentes y en adultos mayores (Hawton et al, 2012). En escolares y pre-púberes la frecuencia es baja y se incrementa en mayores de 15 años (Pérez-Olmos, Téllez, Vélez & Ibáñez-Pinilla, 2012). La segunda, es que los varones suelen expresar y consolidar la atracción sexual más tempranos que las mujeres (Campo, 2001; Campo-Arias, 2010; Floyd & Bakeman, 2006). Adicionalmente, siguiendo a Hatzenbuehler (2011) se presentan los resultados de la mediación de las variables contextuales, controlando por factores de riesgo individuales cuya asociación con riesgo de suicidio ha sido probada en investigaciones previas como los síntomas depresivos, desesperanza e impulsividad.

En Colombia, uno de los problemas que Medicina Legal ha evidenciado en sus informes anuales y que no ha podido superar es el subregistro. Por ejemplo, en cuanto a factores de vulnerabilidad de las víctimas de suicidio la entidad señala que “el sistema de registro de los

cadáveres no logra levantar a tiempo datos personales completos de la víctima. Añade que “hay temas que las familias prefieren callar, como la orientación sexual de la víctima, problemas familiares, consumo de sustancias psicoactivas, entre otros, por considerarlo del campo de la intimidad, (Medicina Legal, 2015, p. 433). En la misma dirección del subregistro, la OMS señala que, en las Américas, las tasas de suicidio podrían ser superiores, y que por tanto estas cifras deben interpretarse con cuidado, debido a que hay factores de riesgo de tipo cultural y religioso que dificultan el levantamiento de cifras veraces.

Un problema ya bien conocido es el de la reincidencia. Se sabe que por cada suicidio hay hasta 20 intentos de suicidio (OMS, 2014). En términos porcentuales, hay casi 50% de alta reincidencia de quienes tienen historia de intentos suicidas previos, (Castro, Rangel, Camacho & Rueda, 2010), siendo la depresión el principal factor de riesgo. Esto implica sobrecostos para el sistema de salud, pero adicionalmente, esto justifica la necesidad de intervenir en los estadios tempranos del espectro suicida como son la ideación y el intento de suicidio.

Relevancia para la disciplina psicológica

En el 2015, la OMS trazó una nueva agenda para los 195 países miembros hacia el 2030. El llamado de la OMS subraya que a pesar de los avances que para 2015 presentaron los países en términos del cumplimiento de los Objetivos del Milenio, aún hay problemas por superar, entre los que señaló los problemas de salud mental. En el centro de dicha agenda se encuentra lograr el cubrimiento universal con equidad en salud en términos de trabajar en todos los grupos etarios. En efecto, la OMS señaló lo que se denomina los “17 objetivos de desarrollo sostenible”. Dentro de dichos objetivos, el tercero señala la necesidad de “*garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades*” y sus 13 metas que cubren las prioridades principales de salud. La OMS procura por una agenda que promueva la equidad, la inclusión y la integración de los diversos determinantes de la salud, tanto sociales, económicos y ambientales.

Barratt et al. (2016) realizaron una revisión sistemática y un metanálisis con el fin de describir los servicios de atención debidos a desórdenes de salud comportamental en las salas de urgencias que prestaran dichos servicios. 18 estudios de siete países cumplieron los criterios de elegibilidad. Prevalencia de problemas de salud mental fue de 4% del total de las urgencias atendidas. Ellos señalaron que “...de esa proporción la tercera parte fue debida a auto daño o

ideación suicida”. Adicionalmente, 58% de las atenciones a salud mental tenían una historia de enfermedad psiquiátrica y hasta un 58% fue admitido como urgencia.

Desde un punto de vista psicológico, la ideación y el intento suicida en jóvenes de minorías sexuales es un tema no solo relevante sino pertinente ya que varios estudios han reportado disparidades en conductas suicidas según la atracción sexual y en menos estudios según la identidad de género. Existe un vacío en Colombia acerca de la prevalencia de conductas suicidas en dicha población, las cuales no se han investigado a la fecha por ningún organismo estatal. La realización de un estudio sobre la ideación suicida en jóvenes con estatus de minoría sexual, constituye un aporte a la realidad psicológica de dicha población desde la psicología cognitiva. Asimismo, el proyecto aporta a la psicología de la sexualidad al responder acerca del papel de la atracción sexual en la comprensión de la situación de salud mental en dicha población y entender cómo un contexto permeado por actitudes negativas puede contribuir a incrementar las cifras de riesgo de suicidio en dicha población.

En 1973, la Asociación Psiquiátrica Americana retiró del Manual Diagnóstico y Estadístico de Enfermedades Mentales DSM la homosexualidad. Sin embargo, la homosexualidad denominada egodistónica continuó siendo patológica. De manera definitiva, la homosexualidad se excluyó del DSM en el año de 1994. Por su parte, la Asociación Americana de Psicología APA hizo lo mismo en el año 1975 y la Organización Mundial de la Salud OMS en el año 1990 (Ardila, 2008). No obstante, a nivel social el estigma continúa. Los resultados de este estudio darán respuestas a los psicólogos clínicos acerca de qué variables deben tener en cuenta en la psicoterapia con consultantes de minorías sexuales. De otro lado, el proyecto establecerá respuestas acerca del rol mediador de los factores de protección, la aceptación parental percibida, la espiritualidad, el afrontamiento y qué capacidad tienen para reducir los factores de riesgo suicida.

El estudio es un insumo para quienes están interesados en programas preventivos (atención primaria en salud) y de intervención (atención secundaria en salud) así como en quienes están interesados en el diseño de políticas públicas con enfoque diferencial dirigidas a jóvenes en contextos escolares y universitarios, los cuales están a su vez mediados por el contexto familiar y su posible aceptación o rechazo de la orientación sexual. También es un estudio que aportará

cifras acerca de la contribución de variables individuales y contextuales y su explicación y mediación en la conducta suicida.

En síntesis, el estudio de la ideación e intento de suicidio en personas jóvenes es un tema no solo relevante sino pertinente. Constituye un problema de salud pública al ser esta una población vulnerable, particularmente aquellas por su condición de minoría sexual. Es altamente probable que un primer intento de suicidio conlleve a un segundo, a un tercero y así sucesivamente hasta que se puede configurar una agresión eficaz contra sí mismo que de manera inevitable lleve al suicidio consumado. Se trata entonces de prevenir el deceso y la carga de quienes intentan suicidarse tanto para el sistema de salud, como para los miembros del grupo familiar debido a la culpa y vergüenza que suelen experimentar. Finalmente, el hecho de que no se ha estudiado en Colombia el papel de variables como la atracción sexual y el enorme subregistro en los datos de Medicina Legal, en particular con lo referente a suicidio en minorías sexuales justifica la realización del presente estudio. La evidencia empírica que presentamos a continuación sugiere una interrelación entre variables contextuales e individuales que afectan la salud mental de los jóvenes de minorías sexuales y explican las disparidades en ideación e intento suicida.

Revisión de antecedentes empíricos

Disparidades en salud mental en población general joven heterosexual versus de minoría sexual

Variables demográficas

De acuerdo con Wenzel (2009) las principales variables demográficas que en la literatura se han asociado a conducta suicida son la edad, siendo mayor en adolescentes; género, siendo más prevalente en mujeres en la mayoría de países del mundo; la orientación sexual, siendo más prevalente en minorías sexuales, como ya se ha dicho, el estrato socio económico de la familia del adolescente, siendo mayor el riesgo en los estratos económicos más bajos. Sin embargo, el nivel educativo del joven, el nivel educativo de los padres (Andrews & Lewinsohn, 1992; Dubow et al., 1989) y la estructura familiar (estatus de cohabitación con los padres), (Andrews & Lewinsohn, 1992; Wagman Borowsky et al., 1999) son variables que no arrojan aún resultados concluyentes.

Desesperanza y depresión

De acuerdo con Weishaar y Beck (1992), la desesperanza consiste en un estado de expectativas negativas y es conceptualizado por la teoría cognitiva como esquema estable que incorpora expectativas negativas. Dicho esquema puede ser recurrente en cada episodio depresivo o de estrés prolongado. A partir de esto, Beck afirmó que el comportamiento suicida se derivaba de distorsiones cognitivas en las cuales el paciente observaba sus experiencias negativas y creía que sus intentos de obtener mayores logros iban a terminar en un inminente fracaso (Beck, Kovacs y Weissman, 1979). Dado que el comportamiento suicida se daba cuando el individuo se encontraba desesperado y con su razonamiento afectado, se teorizó la desesperanza como un agente catalizador en los episodios suicidas.

En general la desesperanza ha sido una de las variables con mayor apoyo empírico dentro de la psicología en su relación y predicción de la conducta suicida, inclusive mejor que la depresión en muchos casos. En efecto, el metanálisis de McMillan, Gilbody, Beresford y Neilly (2007) revela que los individuos con altos niveles de desesperanza tienen un riesgo suicida tres veces mayor que individuos con bajos niveles o ningún signo de desesperanza.

Por su parte, la depresión se define en el Manual Diagnóstico de las Enfermedades Psiquiátricas DSM-V como un *trastorno del estado de ánimo TDM*. Se compone de uno o más episodios depresivos y los expertos señalan que este tiene una alta carga hereditaria (Morrison, 2015, p. 123). Señala el DSM-V que “la depresión suele experimentarse como un abatimiento del estado de ánimo normal; los pacientes pueden describir que se sienten *infelices, descorazonados, desalentados, melancólicos* o muchos otros términos que expresan tristeza”. Añade que un elemento básico para el diagnóstico es que “el episodio debe representar un cambio evidente del nivel usual de desempeño de la persona”.

Beck insistió en que tanto la depresión como la desesperanza hacen parte de un continuo que inicia con estados de desesperación dándole paso a los síntomas depresivos que co-ocurren con ideas e intentos de suicidio (Beck, Kovacs & Weissman, 1979). El mayor riesgo de suicidio suele asociarse al TDM. De acuerdo con Morrison (2015) algunos de los síntomas característicos del TDM son fatiga, lentitud en la expresión facial o en los movimientos oculares, baja autoestima, aislamiento social, bajo nivel de afectividad y apetito y los más fuertemente

asociados son deseos e ideas de muerte e intento de suicidio. Algunos pacientes reportan agitación, un síntoma que suele confundirse con ansiedad, (Morrison, 2015).

Cochran & Mays (2000); Fergusson, Horwood & Beautrais (1999); Wichstrom & Hegna, (2003) y Hallfors y col. (2004) realizaron estudios pioneros en demostrar que existen mayores niveles de depresión en adolescentes de minorías sexuales. De acuerdo con Saewyc (2007) estos estudios mostraron que la evidencia está directamente asociada a intentos de suicidio en jóvenes de minorías sexuales. Más recientemente, Espada et al. (2012) en España evaluaron la depresión en una muestra de adolescentes auto identificados como homosexuales. Reportaron que, en esta muestra española, los resultados son consistentes con hallazgos de investigaciones internacionales que muestran un mayor riesgo de depresión entre los adolescentes homosexuales respecto a los jóvenes heterosexuales. Sin embargo, como lo reportó Pineda-Roa (2013) los principales motivos de su mayor depresión eran de carácter social “miedo a hacer sufrir a seres queridos, sentimientos de culpa, intentos frustrados de reorientar sus deseos sexuales y temor ante un posible rechazo social”. El metanálisis de King et al., (2008) es una de las obras más citadas al respecto de la asociación entre depresión y conductas suicidas en minorías sexuales en comparación a sus pares heterosexuales. En general la depresión, específicamente depresión mayor según el DSM-V, ha sido una de las variables con mayor apoyo empírico en estar asociada con riesgo de suicidio.

Los eventos vitales estresantes

Meyer (2003) considera que los eventos y condiciones estresantes son el primer paso de un continuo en el que las personas perciben los estresores sociales y posteriormente los interiorizan haciéndolos parte de su autoconcepto y constituyéndose en causas de una salud deteriorada. También Cohen, Kessler, & Gordon (1995) señalan que es abundante la literatura científica que relaciona los eventos vitales estresantes con los problemas asociados a salud física y mental.

En efecto, Madge et al. (2011) en un estudio con más de 30,000 adolescentes, principalmente de 15 y 16 años, completaron cuestionarios anónimos en escuelas secundarias en Bélgica, Inglaterra, Hungría, Irlanda, los Países Bajos, Noruega y Australia. Se les pidió a los estudiantes que informaran sobre pensamientos y episodios de autolesiones, escalas completas de

síntomas de depresión y ansiedad, impulsividad y autoestima e indicaran eventos estresantes en sus vidas. Se juzgó el nivel y la frecuencia de autolesiones de acuerdo con si habían pensado en hacerse daño o reportaron episodios de autolesiones individuales o múltiples. Los hallazgos mostraron que la mayor severidad de la historia de autolesiones se asoció con mayor depresión, ansiedad e impulsividad y menor autoestima y una mayor prevalencia de las 10 categorías de eventos de la vida. Los autores discuten que los resultados refuerzan la importancia de las características psicológicas y los acontecimientos estresantes de la vida en la autolesión de adolescentes, pero sugieren que algunos factores son más probables que otros para estar implicados.

En la siguiente sección se revisa la evidencia de formas independientes de eventos vitales estresantes a saber: discriminación, bullying y experiencias de victimización. Halpert, (2008) planteó la hipótesis de que las tasas más altas de comportamiento suicida entre los jóvenes homosexuales no se deben a su atracción sexual en sí, sino al odio social y los prejuicios infligidos a los jóvenes homosexuales. Mays y Cochran (2001) han realizado estudios en los que se prueba esta asociación entre mayores niveles de discriminación real y percibida la cual acerca a los jóvenes LGB hacia las conductas suicidas. (Levy & Levy, 2016) se preguntaron si ¿las políticas públicas sobre derechos de gays y lesbianas afectan la incidencia de crímenes de odio basados en la orientación sexual? Los autores utilizaron los datos anuales de 2000 a 2012, un período de cambios sustanciales en las políticas de Estados Unidos en varios de sus estados. Ellos analizaron cómo tres políticas estatales afectan los crímenes de odio reportados: asociaciones entre personas del mismo sexo, no discriminación laboral y leyes contra delitos de odio. Los hallazgos proporcionaron algunas de las primeras pruebas cuantitativas de que las políticas públicas afectan los crímenes de odio basados en la atracción sexual. Los autores concluyeron que los discursos heterosexistas de las instituciones pueden ejercer un papel en los crímenes de odio.

El estudio de Kohlbrenner, Deuba, Karki, & Marrone (2016) evaluó la prevalencia de ideación suicida, el suicidio planificado y el intento de suicidio entre hombres que tienen relaciones sexuales con hombres (HSH) en Nepal. Edades de los participantes fueron mayores o iguales a 16 años. Ellos examinaron la asociación de la discriminación percibida sobre la base de la atracción sexual con ideación suicida e intento de suicidio. Una muestra de 400 HSH, completó

una entrevista estructurada cara a cara. En general, las probabilidades de haber experimentado ideación suicida fueron significativamente mayores entre los participantes que habían percibido discriminación basada en su orientación sexual. Además, las probabilidades de tener ideas suicidas eran significativamente más altas a medida que aumentaba el grado de discriminación percibida. Los autores señalan que la discriminación percibida es un factor de riesgo independiente para la ideación suicida.

Duncan & Hatzenbuehler (2014) realizaron un estudio con adolescentes en los Estados Unidos. Ellos examinaron si el riesgo de suicidio en el año pasado entre adolescentes de minorías sexuales era más común en los vecindarios con una mayor prevalencia de crímenes de odio dirigidos a personas lesbianas, gays, bisexuales y transexuales (LGBT). Los datos de los participantes provienen de una muestra poblacional basada en la población racial / étnica de estudiantes de 9° a 12° grado en Boston, Massachusetts (n = 1292). Los resultados indicaron que los jóvenes de minorías sexuales que residen en barrios con tasas más altas de los crímenes de odio por asalto por LGBT eran significativamente más propensos a reportar ideación suicida e intentos de suicidio, que aquellos que residían en barrios con menores índices de delincuencia de odio por asalto LGBT. Ellos concluyeron que el contexto de vecindario (es decir, los crímenes de odio LGBT) puede contribuir a las disparidades de riesgo de suicidio de los adolescentes de minorías sexuales.

Experiencias de victimización

Cotter et al., (2014) examinó la victimización y el comportamiento suicida entre los adolescentes con preocupaciones por su atracción sexual en comparación con aquellos sin tales preocupaciones. 1112 estudiantes irlandeses (edad media 14 años) en 17 escuelas secundarias mixtas completaron un cuestionario de auto-reporte con escalas estandarizadas. Encontraron que 58 estudiantes (5%) reportaron tener preocupaciones con respecto a su atracción sexual. Los estudiantes de minorías sexuales presentaron mayores niveles de dificultades de salud mental y una mayor prevalencia de intentos de suicidio (29% vs. 2%), agresión física (40% vs. 8%), agresión sexual (16% vs. 1 %) en comparación con sus compañeros heterosexuales. Casi todos (90%) de aquellos jóvenes con preocupaciones por su atracción sexual reportaron haber tenido relaciones sexuales en comparación con sólo el 4% de sus compañeros heterosexuales. Estos

resultados ponen de relieve las dificultades significativas asociadas con las preocupaciones de atracción sexual en adolescentes en Irlanda.

Bouris, Everett, Heath, Elsaesser, & Neilands (2015) realizaron un estudio con 1907 adolescentes con promedio de edad de 15,7 años de los cuales 33% fue clasificado como minorías sexuales jóvenes de la ciudad de Chicago. Ellos buscaron esclarecer cuales tipo de victimización están asociados a conducta suicida. Los hallazgos revelaron dos formas indirectas de riesgo de suicidio específicos del medio escolar: acoso debido a orientación sexual e identidad de género y amenazas o lesiones con arma de fuego. Escaparse de la escuela debido a problemas de seguridad percibida actuó como una vía de escape de las minorías sexuales para reducir el riesgo de suicidio. Horliss, Cochran, & Mays (2002) y Pineda-Roa (2019) también encontraron evidencia de que, en varones homosexuales jóvenes, el abuso sexual está asociado con ideas suicidas. Específicamente, encontraron que quienes consideraban haber sido abusados en algún momento de sus vidas tuvieron más probabilidad de reportar alto nivel de ideas suicidas. En consecuencia, la victimización como evento vital estresante en población homosexual y bisexual masculina es un factor de riesgo de ideación suicida a ser valorado en la presente investigación.

Devries, Mak, Child & Bacchus (2014) realizaron un metanálisis con el fin de probar la relación entre intento de suicidio y abuso sexual en niños y niñas de población general. Siete estudios longitudinales y dos con gemelos, con 8733 participantes cumplieron los criterios de inclusión. Los autores hallaron una asociación moderada en estudios longitudinales (OR=2.43 IC95% 1.94-3.05; en estudios con gemelos el OR fue de 2.65 IC95% 0.82-4.49. Los autores concluyeron que la exposición a abuso sexual en la niñez está asociada con intento de suicidio cuando un rango de distintas variables confusoras están controladas, pero señalan que la temporalidad de la asociación no está bien establecida y que la asociación es altamente heterogénea.

El abuso sexual infantil se considera un factor de riesgo para los trastornos mentales, incluido riesgo de suicidio, durante el curso de la vida (Norman et al., 2012). Sin embargo, las consecuencias a largo plazo de otras formas de maltrato infantil aún no se han examinado sistemáticamente en relación con la conducta suicida. Norman et al., (2012) realizaron una revisión sistemática y un metanálisis con el fin de resumir las pruebas relacionadas con la posible

relación entre la violencia física, psicológica y el abuso sexual, y los resultados posteriores de salud mental y física. Ellos realizaron una revisión sistemática utilizando las bases de datos Medline, EMBASE y PsycINFO hasta el 26 de junio de 2012. Se incluyeron estudios de cohorte, transversales y de casos y controles publicados que examinaron el abuso sexual y el maltrato como factor de riesgo para pérdida de salud. De los 285 artículos evaluados para elegibilidad, 124 estudios cumplieron los criterios de inclusión predefinidos para el metanálisis.

Norman et al., (2012) observaron asociaciones estadísticamente significativas entre el abuso físico, el abuso emocional y el abandono y los trastornos depresivos e intentos de suicidio. La evidencia de la causalidad se evaluó usando los criterios de Bradford Hill. La evidencia sugiere una relación causal entre el maltrato infantil no sexual y una gama de trastornos mentales, el uso de drogas, los intentos de suicidio, las infecciones de transmisión sexual y el comportamiento sexual de riesgo. Por tanto, ellos señalaron que “todas las formas de maltrato infantil deben considerarse riesgos importantes para la salud, con un impacto considerable en los principales contribuyentes a la carga de la enfermedad en todas las partes del mundo”. Por lo anterior y dado en impacto de las distintas formas de abuso en la salud física y psicológica, para el caso de la presente investigación, las distintas formas de abuso (sexual, físico, emocional) son consideradas como eventos vitales estresantes y se evaluarán mediante el cuestionario de eventos estresantes, (CEVE-A-R), validado en Colombia por Villalobos-Galvis (2009) el cual obtuvo muy buenas propiedades psicométricas en población de adolescentes de Pasto (Nariño).

La Discriminación y el bullying

Un número importante de estudios han vinculado la discriminación a conductas suicidas, tanto ideación como intento de suicidio. A continuación, se presentan algunas investigaciones que señalan que la discriminación es comúnmente experimentada entre los adolescentes.

Garnett et al. (2014) utilizaron un análisis de clase latente (ACL) para ilustrar las intersecciones de los atributos de discriminación y la intimidación, y para evaluar las asociaciones de miembros de las clases a síntomas depresivos, autodaño deliberado y la ideación suicida entre una muestra de adolescentes étnicamente diversos en Boston Estados Unidos. Se les preguntó si habían experimentado discriminación basada en cuatro atributos: raza / etnia, estatus migratorio, orientación sexual percibida y peso. Un total de 965 (78%) estudiantes contestaron la

encuesta. Se les preguntó si habían sido intimidados o asaltados por estos atributos. El ACL reveló que una solución de 4-clases tenía ajuste adecuado relativo y absoluto. Las 4 clases se caracterizaron por: baja discriminación (51%); Discriminación racial (33%); Discriminación por orientación sexual (7%); Discriminación racial y de peso con alta intimidación (clase interseccional) (7%). En los modelos multivariados, en comparación con la clase de discriminación baja, los individuos en la clase de discriminación de la orientación sexual y la clase interseccional tenían probabilidades más altas de involucrarse en una autolesión deliberada. Por último, los autores señalaron que los estudiantes en la clase interseccional también tenían mayores probabilidades de ideación suicida. Concluyeron que los múltiples atributos de la discriminación y la intimidación co-ocurren entre los adolescentes.

El bullying, matoneo o intimidación, ha sido uno de los constructos mejor estudiados en la investigación sobre conductas suicidas en la adolescencia en general en la actualidad. A pesar de que el bullying ha existido siempre, actualmente el tema está suscitando un interés creciente en nuestro medio colombiano en los contextos escolares. A nivel internacional hay muchos estudios sobre el tema. Para una mirada actualizada, véase la obra de Ovejero, Smith y Yubero (2013). Para Rivers et al., el *bullying homofóbico* se define como cualquier forma de agresión física (golpear, patear, dar puñetazos), verbal (insultar o etiquetar) o social (siendo ignorado o excluido del grupo) cometida por uno o más individuos (normalmente iguales) contra una o más personas, a causa de su orientación sexual real o percibida, o porque las víctimas muestran conductas que no son consideradas típicas de su sexo (Rivers, Duncan y Besag, 2007). A continuación cito las obras más recientes y representativas sobre la asociación entre ideación suicida y bullying homofóbico (Arnarsson, Sveinbjornsdottir, Thorsteinsson, & Bjarnason, 2015; Bouris, Everett, Heath, Elsaesser, & Neilands, 2015; Eisenberg, McMorris, Gower, & Chatterjee, 2016; Mueller, James, Abrutyn, & Levin, 2015; Patrick, Bell, Huang, Lazarakis, & Edwards, 2013; Robinson & Espelage, 2012).

Apoyo social (familiar, pares y otros significativos)

El apoyo social está dentro de las variables más estudiadas como determinante del nivel de salud. La mayoría de instrumentos dan cuenta de la evaluación del constructo en tres dimensiones: familiar, pares y otros significativos. Para el caso de adolescentes y universitarios,

los compañeros de colegio y de carrera universitaria respectivamente, constituyen su núcleo social de pares cercanos.

Independientemente de la orientación sexual, Hirsch & Barton (2011) estudiaron las contribuciones independientes de apoyo social positivo y de intercambios sociales negativos a la ideación e intentos suicidas de los estudiantes universitarios. Los participantes eran 439 estudiantes universitarios de voluntariado, media de edad de 21 años ($DE=6,1$) y que eran principalmente mujeres (71%). Los participantes fueron evaluados en apoyo social positivo, incluyendo apoyo emocional, informativo y tangible; intercambios sociales negativos; comportamiento suicida, incluyendo ideación e intentos. Los autores encontraron que el apoyo social positivo, particularmente el apoyo tangible, y los intercambios sociales negativos fueron predictivos significativos de un mayor comportamiento suicida. Concluyeron que las manifestaciones prácticas de apoyo pueden amortiguar el riesgo de suicidio para los estudiantes universitarios, mientras que las interacciones basadas en conflictos pueden contribuir al aumento del riesgo.

Pocas investigaciones se han desarrollado en el campo del apoyo social y cómo este puede contribuir a disipar el mayor riesgo de suicidio en minorías sexuales adolescentes. Investigaciones hablan de lazos familiares, escolares y de apoyo de otros significativos como los amigos y los profesores, dejando ver de manera indirecta que el apoyo social es contextualizado y que, en el caso del apoyo familiar a minorías sexuales, la evidencia señala que debe estudiarse por separado el apoyo de la madre y del padre, lo que revisamos a continuación.

Apoyo social (Aceptación-rechazo parental)

En el 2011, Sung-Hong, Espelage y Kral llevaron a cabo una revisión sistemática desde la teoría ecológica sobre conducta suicida en jóvenes de minorías sexuales y mostraron los hallazgos en cada uno de los niveles del modelo ecológico de Bronfenbrenner, así como las contradicciones y vacíos en la investigación empírica sobre riesgo de suicidio. Con respecto al medio familiar los autores señalaron que “diferentes estudios han subvalorado la importancia de la cohesión familiar y el soporte de los padres en proveer protección en contra de las ideas e intento de suicidio en minorías sexuales jóvenes” (p. 887). Añadieron que “previos estudios han reportado que los padres reaccionan negativamente respecto a la identidad sexual de sus hijos no

heterosexuales, particularmente los papas”, (D’augelli & Hersberger, 1993; Remafedi, 1987; Hersberger, Pilkington & D’Augelli, 1997). De acuerdo con Savin-Williams (2001) el anuncio de la homosexualidad a la madre generalmente se realiza antes de contarle al padre, lo que reflejaría una mayor confianza, mayor cercanía emocional y una relación más estrecha con ella y viceversa, más distante hacia el padre.

Nguyen et al. (2016) señalaron que la mayor parte de la investigación sobre rechazo familiar y sus repercusiones en la salud de las minorías sexuales se ha llevado a cabo en Norteamérica. Estos autores realizaron un estudio en el que se solicitaron datos como síntomas depresivos, satisfacción con la vida, intento de suicidios, entre otros a 1936 mujeres adultas de minorías sexuales residentes en Vietnam (lesbianas y bisexuales) a través de una encuesta en internet. Introdujeron el Análisis de clases latentes para tratar de explicar la influencia del rechazo familiar sobre variables de salud. Los resultados arrojaron cinco clases de tratamiento familiar latente, incluyendo cuatro clases negativas que representan diferentes patrones de tratamiento familiar negativo. En general, más de una clase negativa predijo una menor satisfacción con la vida, más síntomas depresivos y mayores probabilidades de intento de suicidio (en relación con la clase no negativa), apoyando la hipótesis de estrés minoritario de que el tratamiento familiar negativo es predictivo de peores resultados. La asociación entre el tratamiento familiar y el tabaquismo no fue estadísticamente significativa. La clase más negativa, inesperadamente, no tuvo las mayores probabilidades de haber intentado suicidarse, planteando una pregunta sobre el sesgo de supervivencia. Los autores concluyeron que dichas mujeres requieren atención de salud pública, haciendo hincapié en las intervenciones dirigidas a la familia para promover la aceptación e impedir el tratamiento negativo. El estudio de Diamond et al. (2011) constituye un buen ejemplo en el que en los adolescentes entrevistados concurren varios factores del estrés de minorías en adolescentes como el rechazo parental entre otros.

El estudio de Bergen et al. (2014) entre 274 jóvenes holandeses lesbianas, gays y bisexuales (LGB) mostró que el rechazo homofóbico por los padres también se asoció con los intentos reales de suicidio. Los autores señalan que el riesgo suicida en esta población podría reducirse mediante el apoyo a las estrategias de afrontamiento de los jóvenes LGB que se enfrentan con la estigmatización de sus compañeros y padres y por las escuelas que promueven activamente la aceptación de la sexualidad entre personas del mismo sexo.

Sung-Hong, Espelage y Kral (2011) señalaron que “para nuestro conocimiento, no ha habido algún estudio a la fecha que demuestre empíricamente la asociación entre falta de apoyo social de los padres y la conducta suicida de las minorías sexuales jóvenes”. Ellos fueron más allá e hipotetizaron que la falta de apoyo o soporte social de los padres hacia sus hijos de minorías sexuales jóvenes puede afectar las prácticas parentales y perjudicar la relación padre-hijo, lo cual puede contribuir a conducta suicida en los jóvenes de minorías sexuales. A continuación, se exponen las investigaciones sobre cómo el afrontamiento influye en la salud de personas de minorías sexuales y cómo este puede mitigar sobre los efectos de los eventos vitales estresantes en las conductas suicidas.

Las estrategias de afrontamiento

El afrontamiento ha sido un tema obligado en relación con la evaluación del estrés y su papel en las conductas suicidas, ya que la falta de estrategias de afrontamiento efectivas es la principal carencia de quienes intentan suicidarse o de quienes lo concretan, (Clemente y González, 1996). El estudio de Serrano & Flórez (2005) en 370 estudiantes de colegio de la ciudad de Yucatán en México halló diferencias en estrés entre hombres y mujeres. Específicamente, a mayor estrés con la pareja mayor es el nivel de ideas suicidas, mientras que en las mujeres mayores niveles de ideas suicidas se asociaron con mayores niveles de estrés social y con la pareja. Asimismo, se encontró asociación moderada y significativa entre las subdimensiones de afrontamiento (respuestas agresivas y no agresivas y evasivas con familiares, amigos y con la pareja) y la ideación suicida.

En el 2003, González, Ramos, Caballero y Wagner estudiaron las relaciones entre depresión, ideación e intento suicida en adolescentes de ciudad de México con edad promedio de 13.7 años. Los resultados indicaron que los estudiantes depresivos y con ideas e intento de suicidio tienen variados problemas con sus padres, son más impulsivos y tienden a usar respuestas de afrontamiento agresivo (pelear, golpear, gritar, etc.) en comparación con los que no reportan depresión, ideas e intentos de suicidio.

Existe muy poca evidencia acerca de cómo se comporta este constructo y cada una de sus dimensiones que lo componen en la conducta suicida de minorías sexuales, a pesar de tener una larga tradición dentro de la psicología, desde los trabajos pioneros en la década de los 80's por

Lazarus y Folkman. El estudio de Riley, Kirsch, Shapiro, & Conley (2016) examinó las diferencias en estilos de afrontamiento entre adolescentes de minorías sexuales y adolescentes heterosexuales y los papeles mediadores potenciales del estrés y estilos de afrontamiento en los Estados Unidos. Los resultados indicaron que los adolescentes de minorías sexuales (N=75) reportaron niveles más altos de síntomas como depresión, ansiedad y angustia, mayor uso de estilos de afrontamiento inadaptados (negación y culpa), menor uso de estilos de afrontamiento (reevaluación y religión) y mayores experiencias de estrés, en comparación con sus homólogos heterosexuales (N = 1702). Adicionalmente, los estilos de afrontamiento y el estrés mediaron la relación entre la atracción sexual y la sintomatología depresiva, ansiosa y de angustia. Esto quiere decir específicamente, que los estudiantes de minorías sexuales experimentan un mayor estrés y dependen más frecuentemente de los estilos de afrontamiento desadaptativos de negación y culpa, y menos frecuentemente de estilo de afrontamiento adaptativo como reevaluación que los estudiantes heterosexuales. Tales hallazgos confirmaron investigaciones previas (Almeida et al., 2009; Christman, 2012).

El estudio de Sattler, Wagner, & Christiansen (2016) estudió las variables de afrontamiento y apoyo social en varones gay alemanes. La hipótesis era que estas modularían negativamente sus problemas de salud mental como la homofobia internalizada y el estrés de minorías. Sin embargo, el afrontamiento a nivel de grupo no interactuó con los factores estresantes de las minorías, con la excepción de la revelación de la orientación sexual y la actitud positiva hacia la propia homosexualidad, interactuando marginalmente con algunos factores estresantes minoritarios. Los autores señalaron que es necesaria una replicación longitudinal o experimental adicional antes de transferir los resultados a intervenciones de salud mental y estrategias de prevención para hombres homosexuales.

En el presente estudio se parte de las nociones pioneras de Lazarus y Folkman (1984) que plantearon que existen básicamente dos estilos de afrontamiento, uno centrado en el problema y otro centrado en la emoción. Por tanto, y basados en la experiencia clínica que ha demostrado la importancia de los estilos centrados en la emoción como forma más adecuada de lidiar con el estrés en casos de eventos estresantes como pérdidas, se evaluarán dos estrategias de afrontamiento centradas en la emoción: evitación emocional y evitación cognitiva; y se evaluarán

dos estrategias de afrontamiento positivos o adaptativas centradas en el problema: solución de problemas y reevaluación positiva.

Impulsividad

Dentro de la perspectiva bioquímica y genética, ha cobrado fuerza la hipótesis de que la historia familiar de suicidio tiene elementos asociados a la impulsividad, pero en combinación con historia psiquiátrica, como por ejemplo depresión, desesperanza. Existe una relación directa entre bajos niveles de serotonina y escaso control de impulsos.

Hoy se estudia la impulsividad dentro del modelo de la diátesis suicida como un componente importante. Sin embargo, la manera como se ha estudiado la impulsividad es a nivel de rasgo de personalidad, en particular dentro de los trastornos de personalidad como un criterio para *desorden de personalidad límite y antisocial*, (Asociación Psiquiátrica Americana APA, 2013). Las Guías de Práctica Clínica basada en la evidencia para el tratamiento y prevención de conductas suicidas de Colombia (2017) recomiendan una evaluación del riesgo suicida en casos de personas con trastornos de personalidad límite y antisocial, en especial el primero, pero también en aquellas personas que puntúan alto en impulsividad como variable psicológica evaluada de manera independiente, mediante escalas como la de Barrat o Plutchik.

Por ejemplo, el estudio de González, Ramos, Caballero y Wagner (2003) en ciudad de México, encontró que las personas impulsivas, independientemente de su sexo, tienen mayor riesgo de haber tratado de quitarse la vida. El estudio también concluye que “los resultados obtenidos ponen de manifiesto que la impulsividad y las respuestas de afrontamiento agresivas son importantes correlatos de riesgo suicida, más aún cuando ambas variables coexisten, constituyéndose en una combinación de alto riesgo para la depresión, la ideación y el intento suicida, (p. 531)”.

No obstante, González (2009) señala que “los suicidios, no corresponden a un ‘simple’ acto de impulsividad y en cambio, es multicausal, constituye el producto de múltiples vivencias, frustraciones, que se gestan a lo largo de la vida y que desembocan a modo de maltrato y violencia en quien se suicida”. Según González (2009), la impulsividad por sí sola, no tiene un valor importante en la suicidología de hoy, sino en combinación con otras variables.

Saewyc, en su revisión de 2007 sobre los determinantes de la conducta suicida en personas LGB sólo citó de asociación entre conducta agresiva e intentos de suicidio en personas LGB en el

estudio de Wichstrom & Hegna (2003). Sin embargo, Saewyc (2007) equipara la impulsividad a conducta agresiva. Estudios posteriores previamente citados en la evidencia en población general señalan que estos dos constructos no son equivalentes. Más recientemente, el estudio de Liu & Mustanski (2013) en un estudio con 237 individuos autoidentificados como LGBT con edades entre 16 a 20 años encontraron evidencia de asociación estadística y significativa entre impulsividad (medida a través de la escala de impulsividad de Barrat) e intento de suicidio en el último año. No obstante, el estudio no encontró que la impulsividad sea un predictor fuerte intentos de suicidio en la vida.

Sin embargo, el estudio de Madge et al. (2011) fue muy concluyente. El estudio coloca las preocupaciones acerca de la propia orientación sexual como un evento estresante. En el estudio participaron 1612 adolescentes que manifestaron alguna preocupación con su orientación sexual y en el cual se evaluó y se encontró relación entre características psicológicas como impulsividad, ansiedad, depresión y eventos vitales estresantes. El estudio halló que “entre aquellos con preocupaciones acerca de la orientación sexual, los adolescentes quienes experimentan un solo episodio de auto daño se diferencian de los adolescentes con pensamientos de autolesión solamente”. Por último, es importante señalar que Meyer, Frost & Nezhad (2015) vinculan la impulsividad a su modelo integrador de la conducta suicida en minorías sexuales, sin embargo, ellos mismos afirman que este no se ha puesto a prueba aún de manera sistemática.

Dada la poca evidencia empírica de la impulsividad en la investigación sobre el suicidio en Colombia y a que aún no ha sido posible tener una definición unificada de lo que se entiende por conductas impulsivas, en el presente estudio no se asume una postura clara sobre esta variable. Considero que hace falta más investigación que permita a los investigadores entender los mecanismos que disparan la impulsividad y que la convierten en un importante predictor de conductas suicidas. Mientras dicha investigación no sea realizada con variadas muestras de jóvenes colombianos y controlando por variables sociodemográficas clave, no conviene asumir posiciones concluyentes.

Pese a que la impulsividad actuaría en combinación con el estrés y la desesperanza, ha habido controversia en la literatura sobre si los adolescentes de minorías sexuales experimentan mayores niveles de estrés en comparación a sus pares heterosexuales. La revisión de Pineda-Roa (2013) concluye que persisten controversias al respecto, quizá porque el estrés puede existir en función de que el contexto sea más o menos homofóbico, lo que llevó a González (2009) a

afirmar que “el nivel de ideación suicida está en función del nivel de estrés al que se encuentre ligado el individuo y de su capacidad de afrontamiento” (Gonzalez, 2009, p. 23). Más investigaciones son necesarias acerca de la forma como el estrés, la desesperanza y la impulsividad interactúan para desencadenar conductas suicidas.

Espiritualidad/religiosidad

Cada vez más se reconoce la importancia de los factores culturales en la prevención de los comportamientos suicidas (Chang & Thambu, 2016). A pesar del llamado a estudiar los factores ambientales involucrados en el suicidio, ha primado una mirada patológica hacia los aspectos del individuo (Webb, 2014) y se olvidan los factores del contexto social y cultural. Uno de esas variables contextuales cuya importancia está bien documentada es la espiritualidad (Florenzano, 2018).

La espiritualidad es un concepto polisémico y, con frecuencia, se entiende como la relación personal con un ser superior trascendente y sagrado (Emmons & Crumpler, 1999; Hill et al., 2000). La espiritualidad implica un elemento de trascendencia y sentido conductor de la vida más allá de la pertenencia a una determinada religión (Shahabi et al., 2002). Mientras que la religiosidad alude prácticas grupales que institucionalizan la creencia en una divinidad (Zinnbauer et al., 1999). En consecuencia, desde de esta perspectiva, espiritualidad y religión son conceptos distintos, no necesariamente excluyentes (Musick, Traphagan, Koenig, & Larson, 2000; Nelson, 2009; Piedmont, 2005; Zinnbauer et al., 1997).

No obstante, otros autores consideran que la religiosidad tiene dos dimensiones. La primera, la religiosidad extrínseca o pública que se refiere al conjunto de eventos sociales asociados a la práctica de una creencia mística (Coyle, 2001; Exline & Rose, 2014). Y la segunda, la religiosidad intrínseca o privada que abarca la vivencia o la relación personal con una divinidad (Coyle, 2001; Joshi & Kumari, 2011; Peach, 2003). Desde esta óptica espiritualidad y religiosidad intrínseca son sinónimos y puede considerar que existe una imbricación espiritualidad/religiosidad (Exline & Rose, 2014). En el presente estudio, *espiritualidad* se entiende como los componentes intrínsecos y extrínsecos de la relación personal con cualquier ser superior (Exline & Rose, 2014; Peach, 2003).

De acuerdo con la OPS (2003), “la espiritualidad, más allá de la afiliación religiosa, juega un papel muy importante en casi todas las sociedades, especialmente en el desarrollo de normas y expectativas de conducta. Añade que “de hecho, en muchos casos dicta las conductas aceptables y es reforzada por la familia y grupos étnicos culturales”. En suma, la espiritualidad constituye según lo esbozado anteriormente, un elemento de la trascendencia y sentido conductor de la vida más allá de la pertenencia a una determinada religión o a ninguna.

Por lo general se ha encontrado que las mujeres son más espirituales que los hombres. En efecto, Taha, Florenzano, Sieverson, Aspillaga y Alliende (2011) en un estudio de consenso de expertos sobre intervenciones con mujeres con depresión y riesgo de suicidio encontraron que la espiritualidad debe considerarse en cada caso y que, en personas creyentes, ésta se constituye en un complemento a las intervenciones psicosociales tradicionales con población en riesgo de suicidio. Nonnemaker, McNeely, y Blum (2003); Wallace y Forman, (1998) encontraron que la *religiosidad privada* entendida como la importancia dada a la religión y a la oración, están asociadas con más baja probabilidad de reportar ideas e intento de suicidio. Del mismo modo, Donahue y Benson (1995) hallaron que las creencias cristianas disipan las ideas e intentos de suicidio, así como el consumo abusivo de sustancias psicoactivas en adolescentes de la población general.

De acuerdo con el Estudio Nacional de Salud Mental del Adolescente ENSMA (2010) realizado por la Secretaría de Salud de Medellín y el grupo de investigación en salud mental de la Universidad CES con el apoyo de la Facultad de Salud Pública de la Universidad de Harvard, encontraron que la espiritualidad es un importante factor de protección del trastorno por uso sustancias psicoactivas SPA (70%), el cual, como ya se reportó, está asociado a conductas suicidas. En particular, con respecto a ideación suicida, la espiritualidad protege a los adolescentes en un 52% (ENSMA, 2010, p. 152).

En un estudio realizado con estudiantes en el oeste de Canadá, los adolescentes LGB generalmente reportaron mayores niveles de religiosidad que los adolescentes heterosexuales (Saewyc et al., 2007). Sin embargo, el resultado contrario se encontró para adolescentes de los Estados Unidos. Rostosky, Danner y Riggle (2007) encontraron que los jóvenes atraídos por el mismo sexo reportaron un nivel medio de religiosidad significativamente menor que el de los jóvenes heterosexuales. Para el caso de conductas suicidas, la religiosidad o la espiritualidad sólo

era protectora contra el suicidio de los jóvenes heterosexuales, no en los adolescentes LGB (Rostosky, Danner, & Riggle, 2007).

Estudios como los de Schneider, Farberow, Kruks (1989), citados en Sung-Hong, Espelage y Kral (2011), señalaron que no es el ser ateo o pertenecer a determinada afiliación religiosa lo que protege de problemas de salud sino el papel que pueden cumplir las creencias religiosas lo que puede amortiguar los riesgos a la salud. En efecto, la revisión de Sung-Hong, Espelage y Kral (2011) concluyó que los estudios son contradictorios y no está claro el papel que cumplen las creencias religiosas en el riesgo suicida de algunos de los jóvenes de minorías sexuales y que se requieren más investigaciones al respecto. Recientemente, el estudio de Chaparro (2015) realizó entrevistas en línea y en las redes sociales en egresados de la Universidad Nacional de Colombia con el objetivo de recopilar experiencias positivas en las que se vinculan aspectos de la diversidad espiritual y el sentir de la diversidad sexual. Los resultados arrojaron que existe un amplio espectro de experiencias de aceptación e integración de ser una persona LGBTI, pertenecer activamente a un grupo religioso y experimentar una vivencia espiritual intensa. Sin embargo, allí no se valoró la variable espiritualidad en relación con las conductas suicidas. En consecuencia, en el presente estudio se evaluó el papel que cumple la espiritualidad en la ideación suicida en los jóvenes según su estatus de atracción sexual.

Apoyo social como factor protector de riesgo de suicidio.

El compromiso de la escuela con el estudiante o clima escolar referido a relaciones cálidas entre el estudiante y la escuela es un tema que está recibiendo creciente atención en la literatura de psicología escolar en los últimos años. De acuerdo con Saewyc (2011), existe evidencia de que el contexto escolar puede jugar un papel importante en proteger de conductas suicidas a los adolescentes. Saewyc, Skay, Bearinger & Resnick (2006); Russell, Seif, et al., (2001) y Saewyc et al., 2005 hallaron niveles más altos de lazos escolares y familiares en adolescentes de minorías sexuales, lo que se constituye en un aspecto clave del apoyo social. Borowsky et al. (2001), Nguyen et al. (2016) y Goodenow, Szalacha y Westheimer (2006), encontraron que los estudiantes de minorías sexuales en escuelas con alianzas homosexuales-heterosexuales (Gays-Straight, GSAs por sus siglas en inglés) o políticas de apoyo a la antihomofobia y capacitación para el personal de la escuela reportaron menos acoso en la escuela y menores probabilidades de intentos de suicidio.

Whitaker, Shapiro, & Shields (2016) realizaron un estudio cuyo objetivo fue comprender si los factores escolares de protección (por ejemplo, las relaciones con los adultos que cuidan en la escuela, los lazos escolares) se asocian con la disminución de la ideación suicida para los adolescentes. Ellos realizaron un análisis de regresión logística en los datos generados por la Encuesta de Niños Saludos de California 2011 del Distrito Escolar Unificado de San Francisco para examinar la influencia de factores protectores relacionados con la ideación suicida para adolescentes de minorías sexuales (N =356). Los resultados indicaron que los niveles más altos de conexión o lazos escolares importantes predecían menos ideación suicida (OR = .59, p= .005). Este estudio proporcionó evidencia de que los factores protectores escolares estaban relacionados con la reducción de la ideación suicida para adolescentes LGB, controlando factores de riesgo y variables demográficas.

Poca investigación se ha dedicado a los factores de protección en contraposición con los factores de riesgo. En el presente estudio se evalúan los factores de protección por medio de la aceptación percibida de la madre y el padre y a través de la subescala de ideación suicida positiva del Inventario de Ideación Suicida Positiva y Negativa PANSI (Osman, Gutiérrez, Jiandani, Barrios, Linden & Truelove, 2003). Este último mide factores de protección en la vida escolar, laboral y en general en la vida cotidiana del joven, desde una perspectiva positiva.

A continuación, se presenta evidencia empírica de las variables mediadoras contextuales e individuales incluidas en el presente estudio.

Antecedentes sobre variables mediadoras entre Atracción Sexual y Riesgo de Suicidio

Efectos mediadores de la violencia en la escuela y en la familia sobre la orientación sexual y conductas suicidas.

El estudio de Ortiz Hernández y Valencia Valero (2015) con una muestra representativa a nivel nacional estudió las inequidades de salud mental (depresión, ideación e intento de suicidio) en adolescentes mexicanos según orientación sexual. El estudio encontró mayor prevalencia de problemas de salud mental en adolescentes con relaciones sexuales con personas del mismo sexo en comparación con aquellos que habían tenido relaciones sexuales con personas del sexo opuesto. Ellos postularon como variable mediadora la violencia extrema en la escuela y en la familia y encontraron apoyo a esta relación de mediación entre orientación sexual y desenlaces de salud mental. Específicamente concluyeron que “la violencia verbal y física en la familia y la

violencia extrema en la escuela fueron las variables que más explicaron las diferencias de salud mental entre los adolescentes que habían tenido relaciones sexuales con persona de su mismo sexo y aquellos que habían tenido relaciones sexuales con personas de distinto sexo”.

Efecto mediador de la depresión y la desesperanza entre atracción sexual y conductas suicidas

Hirsch, Cohn, Rowe y Rimmer (2017) encontraron apoyo empírico acerca del efecto mediador de la desesperanza evaluada mediante la escala de Beck (1974) sobre la conducta suicida. También Langhinrichsen-Rohling, Lamis, & Malone (2010) exploraron la relación entre el estado de atracción sexual (sexo entre personas del mismo sexo, ambos sexos y sexo opuesto) y el comportamiento suicida en una muestra diversa de 1533 adolescentes. Los autores reportaron que “los adolescentes con atracciones para ambos sexos reportaron una mayor propensión al suicidio, ideación suicida reciente y de por vida e intentos de suicidio anteriores que aquellos con atractivos exclusivamente de sexo opuesto”. Además, quienes informaron de atracciones del mismo sexo generalmente demostraron elevaciones moderadas en estas variables. Tanto la desesperanza como la depresión mediaron la relación entre el estatus de atracción sexual y la propensión al suicidio.

Sin embargo, en este estudio no se precisó la razón por la cual los adolescentes entran en desesperanza y depresión. No obstante, Langhinrichsen-Rohling et al. (2010) señalaron que el apoyo social tuvo un efecto moderador sobre el efecto mediador de la depresión entre atracción sexual y riesgo de suicidio, pero no sobre la desesperanza. Concluyeron que un fuerte apoyo social percibido puede potencialmente disipar sentimientos de adolescentes de minorías sexuales de la angustia debida a su orientación sexual, lo cual puede, de paso reducir su propensión al suicidio.

¿El Bullying es un mediador entre atracción sexual y riesgo de suicidio?

Pocos estudios se encontraron respecto a la mediación del bullying sobre la relación entre atracción sexual y riesgo de suicidio. Bouris, Everett, Heath, Elsaesser, & Neilands (2015) en Estados Unidos y por Yeen Huang et. al. (2018) en adolescentes chinos encontraron que el bullying medió en la relación entre atracción sexual y riesgo de suicidio.

¿Son los eventos estresantes mediadores de la relación entre atracción sexual y riesgo de suicidio?

La investigación de Bränström (2017) encontró apoyo empírico de mediación de hechos victimizantes violentos en mayor grado en minorías sexuales, los cuales tienen un efecto en explicar sus disparidades de salud mental, pero ni directamente sobre el riesgo de suicidio.

¿Son los Factores de protección mediadores de la relación entre atracción sexual y riesgo de suicidio?

El estudio de Eisenberg y Resnick (2006) encontró apoyo empírico acerca del efecto mediador de cuatro variables identificadas como protectoras ante el suicidio: conectividad familiar, profesores cuidadores, otros adultos cuidadores y seguridad escolar. Muy pocos estudios han sido realizados acerca del papel mediador de dicha relación.

¿Son las estrategias de afrontamiento mediadores de la relación entre atracción sexual y riesgo de suicidio?

McMahon, Corcoran, McAuliffe, Keeley, Perry y Arensman (2013) encontraron apoyo empírico de la mediación de evitación emocional entre factores de salud mental y autodaño (no de riesgo de suicidio), tanto en hombres como en mujeres, pero únicamente en mujeres para mediación de la resolución de problemas.

Para el caso de espiritualidad, no se encontró literatura previa ni como mediador simple ni como mediador en conjunto con otras variables, tampoco en jóvenes de población general.

PARTE II

MARCO TEÓRICO Y CONCEPTUAL

Capítulo 5: Desarrollo teórico

Perspectiva teórica

La teoría del estrés minoritario

En 1995, Meyer definió los tres componentes de la teoría del estrés minoritario, que en su orden son “eventos y condiciones estresantes, la expectativa de rechazo asociada a dichos eventos y la interiorización de las actitudes negativas sociales u homofobia internalizada”, los cuales constituyen lo que Meyer (2003) denomina una *identidad minoritaria*. Meyer (2003) describe las identidades minoritarias como aquellas propias de personas no heterosexuales sometidas a diversos procesos de estrés. Señala por ejemplo que “un individuo LGB puede estar vigilante en la interacción con otros (expectativa de aceptación/rechazo), esconder su identidad sexual por miedo al daño (ocultamiento) e internalizar el estigma (homofobia internalizada)”.

Modelo Integrador del estrés minoritario

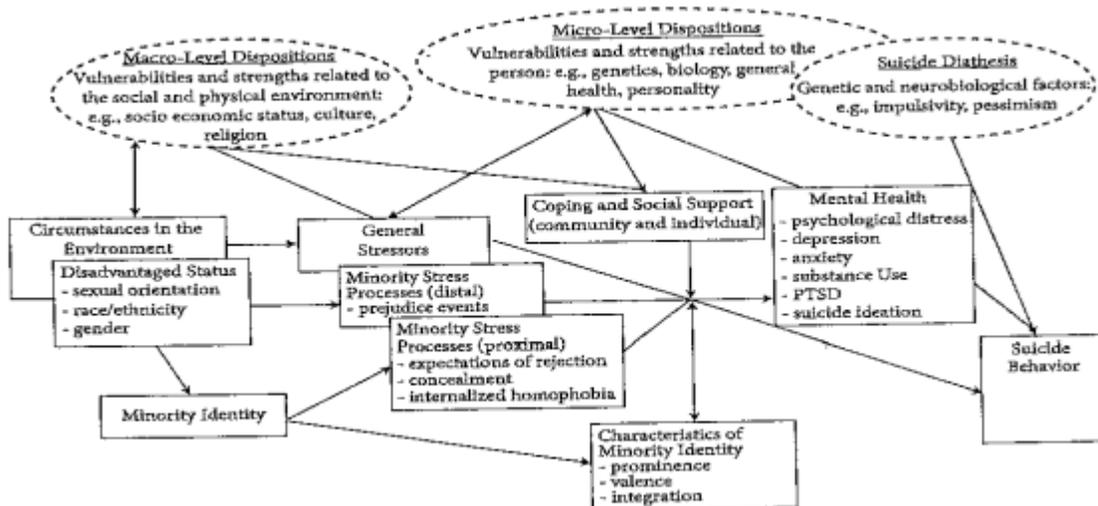


Figura 2. Modelo Teórico del estrés minoritario de Meyer, Frost and Nezhad (2015).

De acuerdo con Meyer, Frost y Nezhad (2015), la teoría del estrés minoritario ha sido ampliamente usada en diversos estudios para entender la salud de las minorías sexuales, pero no ha sido implementada para comprender el suicidio. Ellos describen el estrés de minorías como

una forma de estrés propio de una posición social desventajosa y estigmatizada de un grupo minoritario en la sociedad, Meyer, Frost & Nezhad, 2015, p. 177).

La teoría del estrés minoritario (Meyer, 1995, 2003) y su ampliación (Meyer, Frost and Nezhad, 2015) para explicar la etiología de la ideación y el comportamiento suicida insiste en que el modelo de estrés minoritario es apropiado para explicar los mayores problemas de salud mental presentes en población sexualmente diversa, asociados a conductas suicidas. El modelo integrador propone que el mayor riesgo de conductas suicidas en personas LGB se debe a dos razones: 1) por la mayor probabilidad de ser diagnosticado con problemas como depresión, desesperanza, uso abusivo de sustancias psicoactivas, entre otras y por la excesiva exposición a estrés y adversidad derivadas de la homofobia y el heterosexismo. La Figura 2 integra los elementos propios que constituyen riesgo independientemente su orientación sexual y añade los elementos de la teoría del estrés minoritario. Claramente los componentes del estrés minoritario hacen parte del nivel macro (estresores sociales) y se interiorizan en el individuo LGB mediante sus percepciones (expectativa de rechazo o aceptación).

La figura 2 representa un modelo multidimensional en el cual las vulnerabilidades sociales, del medio físico y socio-cultural (Nivel Macro), e individuales (Nivel micro) influyen sobre el suicidio y el intento de suicidio, que el modelo entiende como conducta suicida. El estrés individual está directa e indirectamente asociado con la conducta suicida y es modulado por las experiencias de afrontamiento y los factores neurobiológicos de diátesis suicida, los cuales hacen parte de las vulnerabilidades y fortalezas que el modelo denomina disposiciones del nivel Micro.

La diátesis es entendida dentro del modelo como una disposición a experimentar estrés y hace parte de dicho nivel Micro o personal. Por supuesto una variable clave que integra este nivel es la personalidad. Así, la conducta suicida es función de los problemas de salud mental, incluido la depresión y el abuso de sustancias psicoactivas. El modelo hipotetiza que “la diátesis suicida predice la conducta suicida” (Meyer, Frost y Nezhad, 2015, p. 181) y esta incluye genética, epigenética y vulnerabilidades neurobiológicas, incluyendo la tendencia a la impulsividad y al pesimismo.

Dentro del nivel macro o sociocultural y ambiental se incluyen variables como el estatus socioeconómico y la religión. Señalan Meyer Frost y Nezhad que, “en muchos casos, la religión

puede incrementar la desaprobación por las conductas del mismo sexo y por esta vía exacerbar el estrés en las minorías sexuales, principalmente en jóvenes, quienes están en un proceso de descubrimiento y consolidación de su orientación sexual. En el nivel interpersonal, se ha encontrado una fuerte asociación entre pobres relaciones con los pares y conducta suicida. Por ejemplo, el bullying, incluyendo violencia física y verbal, han demostrado estar independientemente asociadas a conductas suicidas. Señalan Meyer, Frost y Nezhad (2015) que esta asociación se da independiente de si el joven intimidado es la víctima, el victimario o el testigo del bullying.

En mi comprensión, ha habido una comprensión errónea de la teoría del estrés minoritario. A pesar de que Chacón & Finck (2010); Sattler, Wagner, & Christiansen (2016), encontraron apoyo parcial a la teoría del estrés minoritario, no podemos decir que la teoría sea incorrecta. Más estudios han encontrado apoyo empírico del modelo teórico de estrés minoritario, por lo que este sigue vigente. En particular, Meyer, Frost y Nezhad (2015) no dijeron que las variables del modelo de estrés minoritario debían explicar mayor varianza frente a las variables de población general que se asocian con conductas suicidas.

Meyer y sus colaboradores en cambio, han afirmado que los determinantes de la conducta suicida son los mismos en ambas orientaciones, heterosexuales y no heterosexuales, pero que hay algunas variables propias de la condición de ser o pertenecer a un grupo minoritario que los hace más proclives a disparidades en salud mental, Meyer, Frost and Nezhad (2015). Autores como Savin-Williams y Reams (2003) han criticado la teoría señalando que es una teoría basada más en el riesgo que en la protección y que los profundos cambios sociales a nivel mundial han hecho cambiar la realidad de las minorías sexuales. Mientras los datos sigan encontrando evidencia de mayores niveles de estrés percibido, estigma y discriminación social, esto influirá sobre las disparidades en problemas de salud (Meyer, 2013), por tanto, la teoría seguirá siendo vigente.

La teoría del estrés minoritario ha recibido amplio apoyo empírico a lo largo y ancho del mundo para explicar las disparidades en salud física y mental de las minorías sexuales. A pesar de esto, del modelo integrador del estrés minoritario hay poca evidencia. Surge entonces la pregunta: ¿qué mecanismos subyacen a la asociación entre la atracción sexual y el riesgo de suicidio? La respuesta a esto ha sido mediante la aplicación de métodos de regresión y análisis de mediación cuyas hipótesis basadas en la literatura disponible, se plantean a continuación.

Planteamiento de hipótesis

En el presente apartado se presentan las hipótesis que guiarán la investigación y cada una de ellas va precedida de un breve recuento teórico, basado en el modelo integrador del estrés minoritario.

Existen dos contextos en los cuales los adolescentes y adultos jóvenes pasan la mayor parte del tiempo: el colegio/universidad y su hogar. Es en estos dos contextos donde se establecen las relaciones con los compañeros y con la familia respectivamente, Meyer, Frost y Neza (2015). Esto nos llevó a plantear un modelo en que dos variables propias de estos dos contextos nos ayuden a entender la influencia sobre el riesgo de suicidio. Evan, Hawton y Rodham (2004) encontraron que “la falta de apoyo parental está directamente asociado con el riesgo de suicidio. Del mismo modo, Borowsky, Taliaferro & McMorris (2013), Kowalski y Limber (2013) sugieren que el bullying está independientemente asociado con riesgo de suicidio. Por tanto, se plantea la siguiente hipótesis:

Hipótesis 1. Falta Aceptación Parental percibida, Bullying y Depresión son mediadores de la relación entre Atracción sexual y Riesgo de suicidio. Igualmente, dentro de esta hipótesis, afirmamos que la Falta de Aceptación Parental y Bullying están independiente y directamente asociados con Riesgo de Suicidio (subhipótesis).

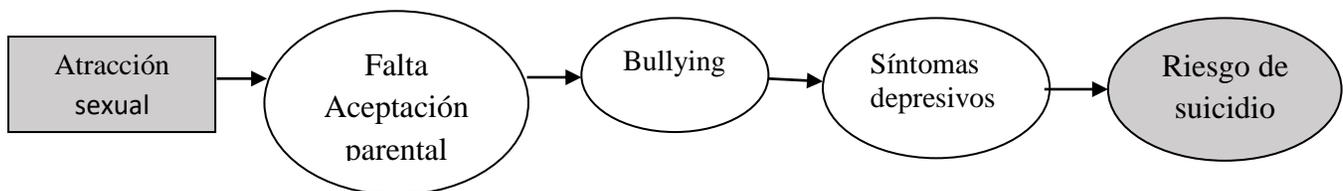


Figura 3. Modelo teórico hipotético de la mediación de la Falta de Aceptación parental percibida, Bullying y Síntomas Depresivos sobre la relación entre Atracción Sexual y Riesgo de Suicidio en jóvenes escolarizados.

Una de las variables culturales que ha merecido más atención en los últimos años en la psicología de la salud es la espiritualidad, sobre todo por su valor protector y en particular, sobre el riesgo de suicidio (Florenzano, 2018; Nonnemaker, McNeely, y Blum, 2003). Por ejemplo, Donahue y

Benson (1995) hallaron que las creencias cristianas disipan las ideas e intentos de suicidio en adolescentes de la población general. No obstante, de acuerdo con Florenzano (2018), pocos estudios han analizado la relación entre espiritualidad/religiosidad y riesgo suicida.

En un estudio realizado con estudiantes en el oeste de Canadá, los adolescentes LGB reportaron mayores niveles de religiosidad que los adolescentes heterosexuales (Saewyc et al., 2007). Sin embargo, el resultado contrario se encontró para adolescentes de los Estados Unidos. Rostosky, Danner y Riggle (2007) encontraron que los jóvenes atraídos por el mismo sexo reportaron un nivel medio de religiosidad significativamente menor que el de los jóvenes heterosexuales. Para el caso de conductas suicidas, la religiosidad o la espiritualidad sólo era protectora contra el suicidio de los jóvenes heterosexuales, no en los adolescentes LGB (Rostosky, Danner, & Riggle, 2007). Meyer, Frost y Nezaad (2015), en su modelo teórico integrador del estrés minoritario señalan que la escasa espiritualidad en las minorías sexuales se debe a la desaprobación de las conductas del mismo por parte de las iglesias y, por predicar una sexualidad que recrimina la dimensión recreativa de la sexualidad y la pone al servicio exclusivamente de la reproducción.

Además, Florenzano (2018), sin especificar que se estaba refiriendo a minorías sexuales, señaló que “en algunas poblaciones o individuos, las creencias religiosas pueden aumentar la culpabilidad y llevar a desesperanza cuando las personas no pueden vivir a la altura de las expectativas de su tradición religiosa”. En consecuencia, se postula la siguiente hipótesis:

Hipótesis 2: La espiritualidad y la desesperanza son mediadores de la relación entre atracción sexual y riesgo de suicidio.

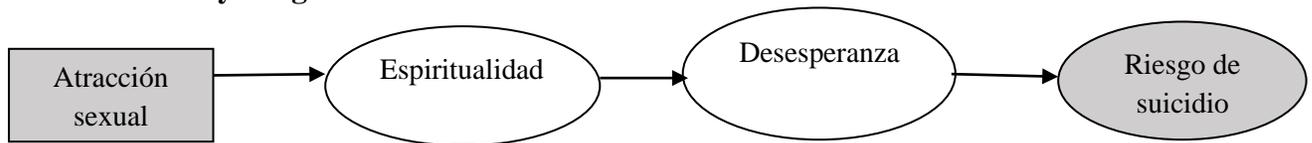


Figura 4. Modelo teórico hipotético de la mediación de la Espiritualidad y la Desesperanza sobre la relación entre Atracción Sexual y Riesgo de Suicidio en jóvenes escolarizados.

Meyer (2003) considera que los eventos y condiciones estresantes son el primer paso de un continuo en el que las personas perciben los estresores sociales y posteriormente los interiorizan haciéndolos parte de su autoconcepto y constituyéndose en causas de una salud

deteriorada. También Cohen, Kessler, & Gordon (1995) señalan que es abundante la literatura científica que relaciona los eventos vitales estresantes con los problemas asociados a salud física y mental.

En efecto, Madge et al. (2011) en un estudio con más de 30,000 adolescentes, principalmente de 15 y 16 años, completaron cuestionarios anónimos en escuelas secundarias en Bélgica, Inglaterra, Hungría, Irlanda, los Países Bajos, Noruega y Australia. Se les pidió a los alumnos que informaran sobre pensamientos y episodios de autolesiones, escalas completas de síntomas de depresión y ansiedad, impulsividad y autoestima e indican eventos estresantes en sus vidas. Se juzgó el nivel y la frecuencia de autolesiones de acuerdo con si habían pensado en hacerse daño o reportaron episodios de autolesiones individuales o múltiples. Los hallazgos mostraron que la mayor severidad de la historia de autolesiones se asoció con mayor depresión, ansiedad e impulsividad y menor autoestima y una mayor prevalencia de las 10 categorías de eventos de la vida.

Meyer, Frost y Nezaad, citando a Mann (2003), señaló que la hipótesis de la diatesis es parte de la explicación etiológica del suicidio. Según Mann (2003), la predisposición al estrés, caracterizada por factores genéticos y neurobiológicos, interactúa con el estrés y la adversidad en la vida temprana. En estudios se ha sugerido que la adversidad en la primera infancia tiene consecuencias en la vida posterior, específicamente en la forma como las personas reaccionan ante el estrés y las condiciones adversas (Turecki, Ernst, Jollant, Labonté & Mechawar, 2012). Para Mann (2003): “la diatésis suicida incrementa la desesperanza y la impulsividad, las cuales están en parte asociadas a mecanismos neurobiológicos”. En consecuencia, se postula la siguiente hipótesis:

Hipótesis 3: Los eventos estresantes, la desesperanza y la Impulsividad median en la relación entre Atracción sexual y Riesgo de Suicidio.



Figura 5. Modelo teórico hipotético de la mediación del Estrés, la Desesperanza y la Impulsividad sobre la relación entre Atracción Sexual y Riesgo de Suicidio en jóvenes escolarizados.

Whitaker, Shapiro, & Shields, (2016) realizaron un estudio cuyo objetivo fue comprender si los factores escolares de protección (por ejemplo, las relaciones con los adultos que cuidan en la escuela, los lazos escolares) se asocian con la disminución de la ideación suicida para los adolescentes. Ellos realizaron un análisis de regresión logística con los datos generados por la Encuesta de Jóvenes de California 2011 del Distrito Escolar Unificado de San Francisco para examinar la influencia de factores protectores relacionados con la ideación suicida para adolescentes LGB (n =356). Los resultados indicaron que los niveles más altos de conexión o lazos escolares importantes predecían menos ideación suicida (OR = .59, p= .005). Este estudio proporcionó evidencia de que los factores protectores escolares estaban relacionados con la reducción de la ideación suicida para adolescentes LGB, controlando factores de riesgo y variables demográficas. En consecuencia, se postula la siguiente hipótesis:

Hipótesis 4: Los Bajos niveles de factores protectores ante el suicidio y alta desesperanza son mediadores en la relación entre atracción sexual y riesgo de suicidio.



Figura 6. Modelo teórico hipotético de la mediación de los Factores protectores, la Desesperanza y la Impulsividad sobre la relación entre Atracción Sexual y Riesgo de Suicidio en jóvenes escolarizados.

De acuerdo con Meyer, Frost y Nezap (2015), las personas LGB están en situación de desventaja social debido a su condición sexual, que las expone a mayores niveles de estrés y más bajos recursos de afrontamiento, en comparación a sus contrapartes heterosexuales (Meyer, Schwartz y Frost, 2008). Para el modelo integrador del estrés minoritario, el afrontamiento y el apoyo social son factores salutogénicos. Añaden que el afrontamiento también está en el nivel comunitario, donde ellos son transferidos al individuo a través de una mayor conexidad con una comunidad minoritaria (Meyer, Frost & Nezap, 2015, p. 182). En consecuencia, se postula la siguiente hipótesis:

Hipótesis 5.- El afrontamiento media la relación entre los eventos estresantes y el riesgo de suicidio. A su vez, los eventos estresantes median la relación entre atracción sexual y riesgo de suicidio.

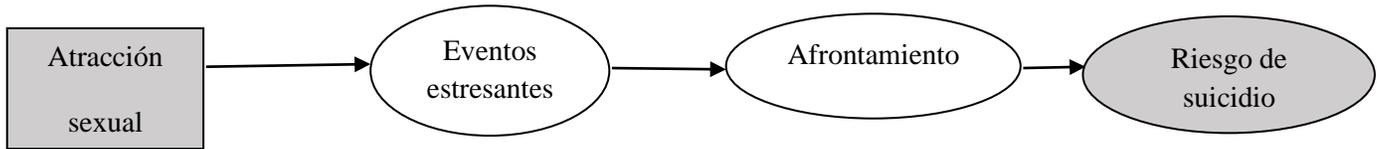


Figura 7. Modelo teórico hipotético de mediación del estrés y el afrontamiento en la relación entre atracción sexual y riesgo de suicidio.

Marco conceptual

El modelo teórico del estrés minoritario que guía la presente investigación, comprende variables del nivel macro (contexto sociocultural) y del nivel micro (personales). La Figura 6 resume la relación conceptual de las variables y está basada en la Figura 1. Allí se ilustra la direccionalidad del modelo integrador de minorías, el cual explica los efectos causales desde lo macro hacia lo micro. Parte de la atracción sexual y el sexo como variables sociodemográficas. El modelo analiza al individuo en un contexto sociocultural específico, que lo concibe inmerso en un contexto amplio pero influenciado por el contexto proximal (contexto escolar y familiar), hasta llegar al nivel de análisis individual (salud mental en sus diversas formas: desesperanza, depresión, impulsividad, conductas suicidas).

Adicionalmente, el modelo del estrés minoritario, así como su ampliación a un modelo integrador del estrés minoritario suponen un marco conceptual que es eminentemente *mediacional*, ya que argumenta que la etiología del riesgo de suicidio puede ser *explicada* a partir de variables individuales y contextuales y que estas últimas son de naturaleza causal, ver (Meyer, 1995, 2003, 2008), así como Meyer Frost y Nezap (2015).

También es importante destacar que el modelo de estrés minoritario inició siendo aplicado en población adulta, sin embargo, Goldbach y Gibbs (2017) argumentaron que este modelo teórico puede ser perfectamente aplicado a población adolescente. Goldbach y Gibbs (2017) resaltaron el carácter contextual del modelo de estrés minoritario y precisaron que el contexto en

dicho modelo viene dado por las *circunstancias del medio* (Meyer, 2003, p. 8). Por último, resaltaron que el afrontamiento es central para dicho modelo teórico y que este puede tener elementos tanto individuales como contextuales, tal y como fueron definidos por Lazarus y Folkman (1984). A continuación, se presenta esquemáticamente la relación entre las variables.

Glosario de términos importantes

Atracción sexual. De acuerdo con Galliher, Rostosky y Hughes (2003), se entiende por *estatus de atracción sexual* a la categoría de la orientación sexual que examina el grado en que las personas se sienten variadamente atraídas por el sexo opuesto, por el mismo sexo o por ambos.

Orientación sexual incluye comportamiento sexual, atracción romántica y autoidentificación, (Centre for suicide prevention, 2020).

Minorías sexuales generalmente se refiere a aquellos quienes tienen una orientación sexual distinta a la de la mayoría de la población, (Centre for suicide prevention, 2020).

Espiritualidad. Se define en el presente estudio de modo intrínseca como la vivencia íntima y muy personal de cualquier relación con un ser superior; y de manera extrínseca como la vida social compartida, los comportamientos observables, públicos, alrededor de la creencia religiosa, Peach (2003), Cogollo, Gómez Bustamante, Herazo y Campo-Arias (2012).

Desesperanza. De acuerdo con Weishaar y Beck (1992), la desesperanza consiste en un estado conceptualizado por la teoría cognitiva como esquemas relativamente estables que incorporan expectativas negativas y positivas frente al futuro, al mundo y a sí mismo.

Impulsividad es definida por Plutchik como un continuo entre la reflexividad y la impulsividad que se caracteriza por la tendencia a responder rápidamente sin reflexionar (Plutchik, & Van Praag, 1995); Daruna & Barnes, 1993).

Depresión. Trastorno del estado de ánimo. Se compone de uno o más episodios depresivos y los expertos señalan que este tiene una alta carga hereditaria (Morrison, 2015, p. 123). Señala el DSM-V que “la depresión suele experimentarse como un abatimiento del estado de ánimo normal.

Los Factores protectores ante el suicidio. Son aquellos que aún en la presencia de riesgo elevado, reducen la probabilidad de un desenlace fatal, (Nock, Borges, Bromet, Cha, Kessler & Lee, 2008), o más precisamente “Características detectables en un individuo, familia, grupo o comunidad que favorecen el desarrollo humano, el mantener la salud o recuperarla y que pueden contrarrestar los posibles efectos de los factores de riesgo, (Burak, 1999).

Los Eventos vitales estresantes. Para el presente estudio, se refiere a eventos o condiciones externas que afectan a las personas y exceden su capacidad de soportar, por lo tanto, tienen potencial para inducir enfermedades mentales o somáticas (Dohrenwend, 2000).

La Aceptación percibida parental. La aceptación percibida es un modelo de trabajo que surge de la experiencia de apego en la infancia y que se define como las valoraciones cognitivas relativamente estables de que los otros se preocupan por nosotros y nos valoran independientemente de nuestras actitudes y actuaciones concretas (Brock, Sarason, Sanghvi y Gurung (1998).

El Afrontamiento. De acuerdo con Massone y Gonzáles (2001) se refiere a “pensamientos y conductas que usan los individuos para evaluar y reducir el estrés y moderar la tensión acompañante”.

Bullying. Teniendo en cuenta que este tiene varios actores como son la víctima, el victimario y el testigo, los expertos están de acuerdo en que el bullying es violencia situada en el contexto escolar (Herrera-Lopez, Romera & Ortega-Ruiz, 2017).

Mediación de la relación atracción sexual-riesgo suicida

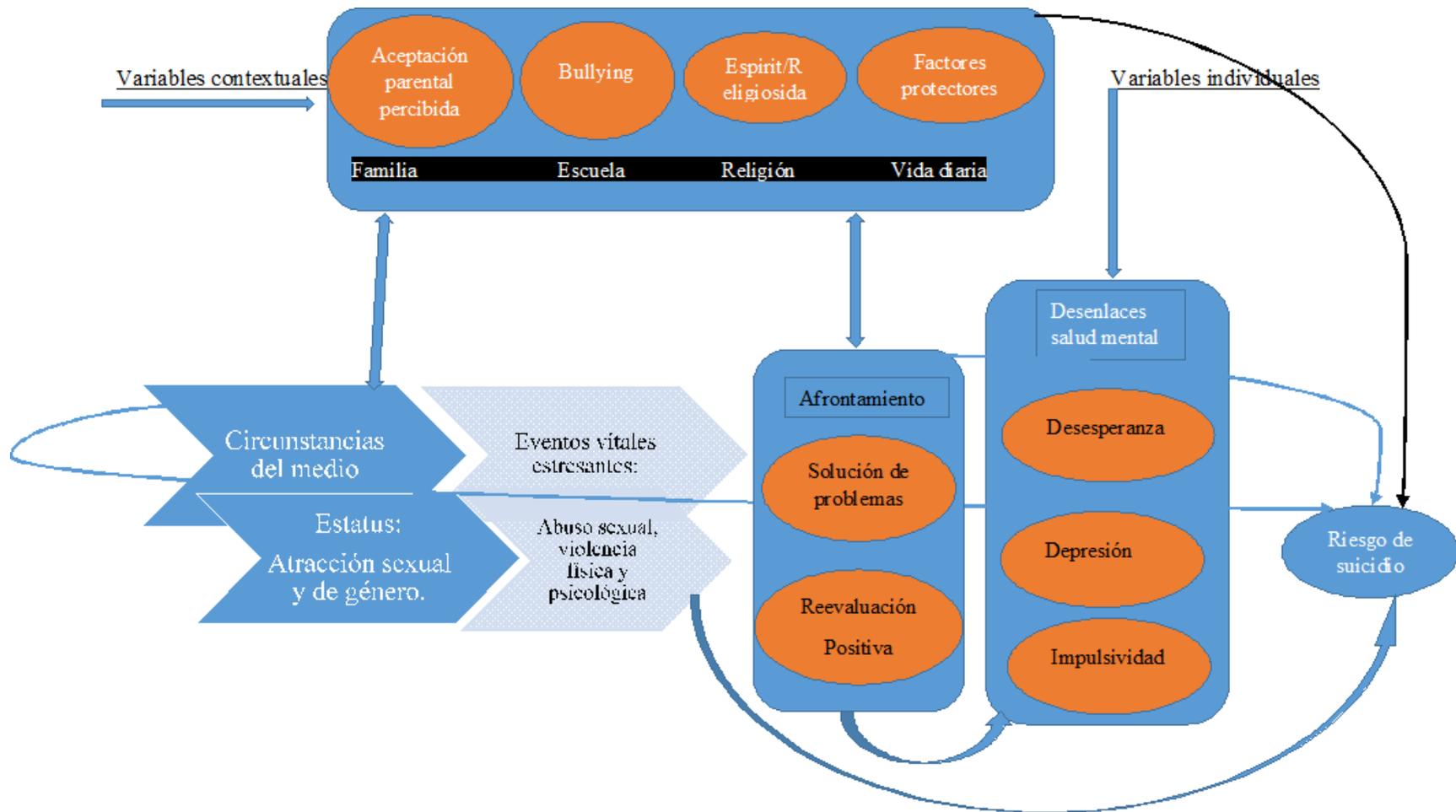


Figura 8. Diagrama conceptual del modelo explicativo del riesgo suicida en jóvenes según estatus de atracción sexual (Adaptado de Meyer Frost y Nezap, 2015)

Concepto de mediación

De acuerdo con Hayes (2018) se denomina mediación al proceso por el cual una o más variables llamadas mediadoras ejercen un efecto indirecto entre dos variables X e Y. Se dice que hay un efecto mediador siempre que dicho(s) efecto(s) indirecto(s) sea(n) estadísticamente significativos. Existen básicamente dos tipos de procesos de mediación: *simple*, el cual involucra solo una variable intermediaria y *múltiple*, el cual incorpora varias variables mediadoras o intermediarias. Si las variables mediadoras se encuentran correlacionadas entre sí, es preciso aplicar modelos de *mediación múltiple serial*, de lo contrario, si las variables que se postulan como mediadoras son independientes, en el sentido que no están causalmente relacionadas, es más conveniente un modelo de *mediación múltiple paralelo*, (Hayes, 2018, p. 149).

En la literatura sobre mediación es bastante común los términos de mediación *completa* y *parcial*, los cuales provienen de los trabajos ya clásicos de Baron y Kenny (1986). Se dice que una variable M (llamada variable mediadora) media completamente el efecto de X sobre Y si: c' no es estadísticamente significativa. Por el contrario, si c' es estadísticamente significativa, entonces M media parcialmente el efecto de X sobre Y (James et al., 2006). Ver la Figura 9 para clarificar los términos.

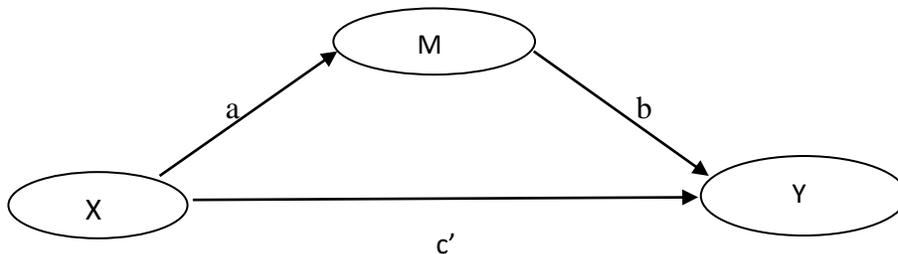


Figura 9. Modelo de mediación simple

La Figura 10 muestra un ejemplo de un modelo de mediación múltiple en el cual M_1 y M_2 son variables mediadoras, ambas latentes. En dicha figura, X es variable observada, por ello se dibuja en recuadro y es la variable independiente o explicativa, mientras que Y es la variable dependiente o explicada, las demás son variables latentes (representadas en óvalo).

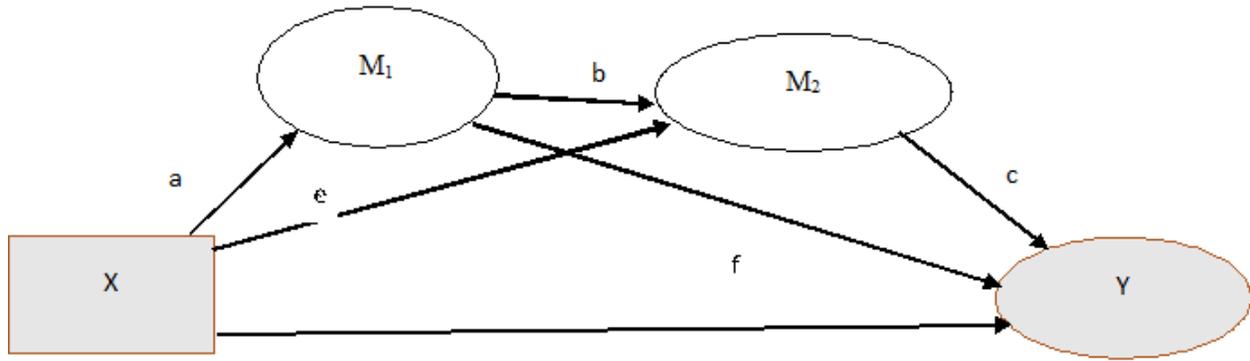


Figura 10. Modelo de mediación Serial Múltiple

Nótese que el efecto indirecto: $(a)(b)$ es igual a $(c - c')$, de dónde c es el efecto total, que se obtiene sumando el efecto directo de X sobre Y (c') más el efecto indirecto (a por b). Para el caso de un modelo de mediación múltiple serial, el efecto indirecto total es la suma de los efectos indirectos planteados, (Hayes, 2018, p. 153).

Hayes (2018) argumentó sobre la insuficiencia de los modelos de mediación simple por al menos tres razones: a) Porque los fenómenos que suelen estudiar los investigadores sociales son altamente complejos, como en el caso de riesgo de suicidio, y por tanto, no son mediados por una única variable; primero, porque el efecto de X sobre Y , es decir a , puede a su vez estar mediado por otra variable, lo mismo aplica para el efecto de M sobre Y , controlando por X , es decir b . Tercero, porque los modelos de mediación simple no permiten el contraste de teorías, un elemento vital que sí es posible mediante modelos de mediación múltiple.

Por otro lado, Ortiz-Hernández y Valencia-Valero (2015) señalaron que “un mediador debe cumplir con ciertas premisas (p. 420) a) Ser más frecuente en el grupo en desventaja, b) estar asociado con los eventos de salud estudiados y c) al ser incorporado en los modelos de regresión debe resultar en disminución de las estimaciones de las asociaciones entre la exposición (por ejemplo, bullying) y el evento resultante (depresión).

PARTE III: OBJETIVOS Y MÉTODO

Objetivo general

Determinar cuáles son las variables contextuales e individuales que median en la relación entre atracción sexual y riesgo de suicidio en jóvenes escolarizados colombianos.

Objetivos específicos

- Caracterizar el riesgo de suicidio con respecto a las variables sociodemográficas en jóvenes escolarizados colombianos.
- Indagar si existe asociación entre atracción sexual y riesgo de suicidio en jóvenes escolarizados colombianos.
- Establecer las relaciones entre riesgo de suicidio y las variables individuales (desesperanza, depresión, afrontamiento e impulsividad) y contextuales (espiritualidad, bullying, apoyo percibido parental, eventos estresantes y factores de protección).
- Contrastar los niveles de las variables de contextuales e individuales de salud mental según la atracción sexual que permitan plantear estrategias preventivas en jóvenes colombianos escolarizados.
- Identificar las variables contextuales e individuales mediadoras de la relación entre atracción sexual y riesgo de suicidio que permitan plantear estrategias preventivas en jóvenes colombianos escolarizados.

Capítulo 6: Método

Diseño

El enfoque metodológico es de tipo cuantitativo. Se empleó un diseño transversal de tipo explicativo mediante el uso de ecuaciones estructurales SEM, específicamente se implementa la técnica de Path análisis (análisis de caminos) (Ato, López & Benavente, 2013). Los modelos de ecuaciones estructurales, en oposición al método de regresión, son más convenientes para probar el efecto de terceras variables mediadoras por "la posibilidad de controlar el error de medida, la facilidad para utilizar indicadores múltiples de los constructos y por la variedad de medidas de ajuste de modelos que proporcionan" (Ato & Vallejo, 2011, p. 12).

Participantes

La muestra estuvo compuesta por 3064 jóvenes, 39% (N=1191) correspondieron a hombres y 61% (N=1873) a mujeres. La edad promedio osciló entre 14 y 24 años con un promedio de 16.2 años (DE=2.02). La tabla 7 resume la descripción mediante porcentajes y frecuencias de las variables categóricas estudiadas según sexo. El número total de minorías sexuales fue de N=451 (14,8%) de los cuales el número de hombres ascendió a N=152 (33,7%) y el de mujeres fue de N=299 (66,3%). Las diferencias entre el grado de identificación como minoría sexual no fueron estadísticamente significativas ente hombres y mujeres ($Z=0.64$, $p=0.52$), no obstante, las mujeres se identificaron como minoría sexual en mayor proporción que los hombres.

La mayor cantidad de jóvenes se encuestó en las ciudades del interior (N=2.277, Bogotá y Villavicencio) mientras que N=787 fue recolectada en el área Metropolitana de Barranquilla. De todas estas ciudades, se obtuvo una mayor participación en Villavicencio N=1310 (42.5%), seguido por Bogotá N=967 (31.6%) y finalmente el Área Metropolitana de Barranquilla N=787 (25.9%).

En cuanto a la relación entre jóvenes de colegios y universitarios, se obtuvo mayor participación de los colegios N=2056 (67%), mientras que la participación de jóvenes universitarios fue de N=1008 (33%). Con respecto al sector público versus privado, la mayor participación fue del sector público con N=2110 (68,6%) mientras que N=964 (31,4%)

correspondió a los participantes del sector privado. A continuación, se explica detalladamente el proceso de muestreo y de recolección de la información.

Población, Muestreo y tamaño muestral

La población objetivo fueron jóvenes escolarizados seleccionados de colegios y universidades tanto públicos como privados de ciudades capitales en Colombia, debido a que según Medicina Legal (2017), el 75% de los suicidios en el país ocurre en zonas urbanas y la mayoría de capitales de departamentos tenían para ese año, tasas por encima de la tasa nacional (5.72 por cada cien mil habitantes PCMH).

El muestreo fue diseñado mediante conglomerados en varias etapas. Según Ospina (2001) los conglomerados son unidades de muestreo que comprenden grupos de unidades, y corresponden a elementos que están físicamente cercanos, y para aplicarlos se tienen en cuenta los siguientes factores (según Sudman, 1976): primero, cada elemento debe pertenecer a un sólo conglomerado; segundo, el número de elementos en cada conglomerado debe ser conocido; tercero, se deben escoger los conglomerados controlando el error de agrupamiento a través del muestreo probabilístico.

De acuerdo con Cochran (2000), es posible extender la metodología de conglomerados a más de dos etapas eligiendo muestras de unidades de los conglomerados en cada etapa del proceso. En consecuencia, el tipo de muestreo realizado fue por conglomerados en tres etapas. Para el presente trabajo, en una primera etapa se eligió una población de seis ciudades ($N=6$) y se seleccionaron una muestra de tres ($n=3$), según disponibilidad presupuestal para ir a recoger datos a estas tres ciudades. La tabla 3 señala el tamaño poblacional en cada uno de las etapas (ciudades, colegios y estudiantes).

El número de estudiantes por grado se extrajo de la página del Departamento Administrativo Nacional de Estadística DANE (www.dane.gov.co) para el año 2018. Es importante anotar que el número de estudiantes por ciudad e institución fue elegido teniendo en cuenta mantener afijación proporcional según variables sexo y el grado de escolaridad. La tabla 4 presenta el tamaño de colegios a ser estudiados ($N=24$). De estos 24 colegios, 12 deberían ser de colegios públicos y 12 de colegios privados. El número total de estudiantes de colegios que se esperaba encuestar según los algoritmos del muestreo por conglomerados fue de

2060 estudiantes. En universidades, el tamaño muestral esperado fue de 1150 estudiantes para un total de 3210 estudiantes.

Tabla 3.

Población existente en cada unidad primaria de muestreo de las seis ciudades en colegios públicos y privados

Entidad	Colegios								Colegios (m _i)		Total
	Oficial				Privado				Público	Privado	
Secretaría de Educación Bogotá	Grados										
	9	10	11	(n _{ij})	9	10	11	(n _{ij})	383	710	1093
				161.33		33.17	31.55				
	Total	57.684	56.196	47.454	4	34.216	5	0	98.941		
	Hombres	27.918	26.714	21.903	76.535	16.902	3	9	48.204		
Mujeres	29.766	29.482	25.551	84.799	17.314	2	1	50.737			
Secretaría distrital de Barranquilla	Grados										
	9	10	11	(n _{ij})	9	10	11	(n _{ij})	165	103	268
	Total	14.370	12.825	11.272	38.467	3.566	3.907	3.876	11.349		
	Hombres	6.731	5.997	5.089	17.817	1.778	1.911	1.841	5.530		
	Mujeres	7.639	6.828	6.183	20.650	1.788	1.996	2.035	5.819		
Secretaría educación de Villavicencio	Grados										
	9	10	11	(n _{ij})	9	10	11	(n _{ij})	69	60	129
	Total	5.667	5.226	4.371	15.264	1.018	1.004	914	2.936		
	Hombres	2.630	2.439	1.918	6.987	514	507	443	1.464		
	Mujeres	3.037	2.787	2.453	8.277	504	497	471	1.472		
Secretaría educación de Tunja	Grados										
	9	10	11	(n _{ij})	9	10	11	(n _{ij})	14	21	35
	Total	1.993	1.752	1.565	5.310	709	692	633	2.034		
	Hombres	974	810	680	2.464	361	310	308	979		
	Mujeres	1.019	942	885	2.846	348	382	325	1.055		
Secretaría educación de	Grados										

Mediación de la relación atracción sexual-riesgo suicida

Medellín				Total				Total			
	9	10	11	(n _{ij})	9	10	11	(n _{ij})	224	111	335
Total	21.896	20.384	17.468	59.748	4.914	4.770	4.488	14.172			
Hombres	10.320	9.463	7.658	27.441	2.372	2.285	2.091	6.748			
Mujeres	11.576	10.921	9.810	32.307	2.542	2.485	2.397	7.424			
Grados											
Secretaría educación de Pereira				Total				Total			
	9	10	11	(n _{ij})	9	10	11	(n _{ij})	63	31	94
Total	4.972	4.553	3.936	13.461	988	889	837	2.714			
Hombres	2.396	2.105	1.831	6.332	451	412	381	1.244			
Mujeres	2.576	2.448	2.105	7.129	537	477	456	1.470			

Fuente: Elaboración Propia con Base en datos del Dane (2017). m_i: Número de colegios; n_{ij}: Número total de estudiantes entre 9° a 11°

Tabla 4.

Tamaño muestral en cada uno de las unidades primarias de muestreo por colegios

Secretarías de Educación	colegios públicos (N)	colegios privados (N)	Colegios*	n_0	Nij	nij	Total
Barranquilla	3	--	1.	159	421	116	
			2.	109	421	130	
			3.	138	421	115	
	--	5	4.	185	139	73	
			5.	161	139	86	
			6.	164	139	77	
			7.	242	139	77	
			8.	274	139	84	
Bogotá	5	--	9.	185	233	100	
			10.	178	233	114	
			11.	230	233	97	
			12.	211	233	108	
			13.	144	233	97	
--	3	14.	130	110	60		
		15.	203	110	70		
		16.	140	110	70		
Villavicencio	4	--	17.	200	221	96	
			18.	87	221	117	
			19.	159	221	107	
			20.	241	221	115	
--	4	21.	154	49	35		
		22.	200	49	38		
		23.	178	49	40		
		24.	203	49	39		

Mediación de la relación atracción sexual-riesgo suicida

Colegios	12	12	24	4275	4533	24
Estudiantes	1030	1030				2060

Fuente: Elaboración Propia. N_{ij} =Población de estudiantes entre 9° a 11° por colegio; n_0 : Muestra inicial de estudiantes por colegio; n_{ij} = Muestra final de estudiantes por colegio.

Los nombres de los colegios participantes con los que se completó la muestra esperada fueron: En Villavicencio: I.E.D. Francisco José de Caldas, I.E.D. Marco Antonio Franco, I.E.D. Colegio Departamental La Esperanza, Colegio Marco Fidel Suárez, I.E.D Las Palmas, Colegio Peniel. En Bogotá: Colegio Técnico Palermo, Colegio Policarpa Salavarrieta, I.E.D. Manuel del Socorro Rodríguez, I.E.D Néstor Forero Alcalá, I.E.D. Fernando Mazuera. En el Área Metropolitana de Barranquilla: Colegio San Vicente de Paúl, Colegio INEM de Soledad, Colegio Campestre de Puerto Colombia, Colegio Comunal Mixto, Colegio Hilda Muñoz, Colegio Christróphoro Colombo, IED Francisco Javier Cisneros y Colegio Metropolitano de Soledad 2000.

Las Universidades participantes fueron: Universidad del Norte, Universidad del Área Andina, Sede Bogotá, Universidad Los Libertadores sede Bogotá, Universidad del Rosario, Universidad Antonio Nariño, Universidad Libre sede Bogotá, Universidad Nacional de Colombia, Universidad de Los Llanos, Universidad Cooperativa de Colombia sedes Villavicencio y Bogotá, Universidad del Atlántico y Universidad Iberoamericana.

Para el caso de las universidades se buscaron aleatoriamente al menos tres carreras dentro de cada universidad, una pública y una privada en cada ciudad. La Tabla 5 muestra el nombre de las universidades participantes y el número esperado de estudiantes que se esperaba encuestar en cada uno de los primeros semestres de cada carrera. Pese a lo anterior, tanto en colegios como en universidades, la recolección de los datos siempre estuvo condicionada a la autorización de cada institución. En efecto, se les envió la invitación a 37 colegios de los cuales solo aceptaron participar en el estudio $n=20$ (54%). Para el caso de universidades, se les envió la invitación a participar en el proyecto a directivos de 20 universidades, de los cuales terminaron participando $n=14$ (70%).

Potencia estadística para el tamaño muestral esperado

De acuerdo con Hsieh (1998) un diseño con grupos poblacionales balanceado o de muestras parecidas requiere un tamaño de muestra menor que un diseño desequilibrado o de tamaños muestrales dispares, (Hsieh et al., 1998, p.1625). En efecto, en el presente estudio se balanceó por sexo (varones versus mujeres). Previo a la ejecución del estudio, se calculó la potencia estadística en el software libre G Power, con un intervalo de confianza del 95%, $\alpha = 0.05$, tamaño del efecto mínimo esperado de 2 (OR=2,0) tomado con base en el nivel de riesgo de suicidio de estudios previos en Colombia y $z = 1.96$, teniendo en cuenta las proporciones de ideación suicida para jóvenes en tanto en Bogotá, Villavicencio y Barranquilla, el total de muestra prevista (N= 3.210 jóvenes), el resultado de la potencia fue de $1-\beta = 0.95$. La muestra final recogida ascendió a 3277 jóvenes participantes, de los cuales se excluyeron 213 casos con datos perdidos en variables clave que teóricamente era imposible imputar (sexo, edad y atracción sexual) quedando una muestra efectiva final de 3064 casos.

Tabla 5.

Tamaños poblacionales por semestre en cada una de las universidades públicas y privadas participantes

Bogotá <i>Carreras de Universidades Públicas</i>	Oficiales			Privadas			<i>Carrera de Universidades Privadas</i>
	1°	2°	3°	1°	2°	3°	
Psicología	65	30	30	40	40	40	Psicología
Odontología	50	55*	45	45	50	65	Ingeniería Civil Administración de Empresas
Ingeniería	45	45	60	45	55	65	
Barranquilla							
	1°	2°	3°	1° sem	2° sem	3° sem	
Ingeniería Agroindustrial	50	45	30	45	45	50	Psicología
Física y Matemáticas	55	50	40*	50	45	40	Ingeniería Industrial
Ingeniería Química	60	55	50	55	50	45	Enfermería
Villavicencio							
	1°	2°	3°	1°	2°	3°	
Regencia en Farmacia	50	45	30	45	45	50	Psicología
Enfermería	55	50*	40	50	45	40	Derecho
Pedagogía Infantil	60	55	50	55	50	45	Economía

Fuente: Elaboración propia. * Valores estimados

Criterios de inclusión

- 1) Autorización de parte de colegios y universidades para realizar la aplicación en las tres ciudades.
- 2) Ser jóvenes escolarizados matriculados en los colegios y universidades seleccionados de Bogotá, Barranquilla y Villavicencio.
- 3) Edades comprendidas entre 14 y 24 años. Para el caso de adolescentes, serán jóvenes entre 14 y 19 años que conforman según la OMS dos grandes momentos, adolescencia intermedia (14-16) y tardía (17-19 años). Para el caso de adultos jóvenes, se empleará el criterio de Medicina Legal, según el cual refiere que en el 2016 la participación más alta de suicidios en adultos jóvenes estuvo entre 20 a 24 años.
- 4) En el caso de menores de edad, autorización de sus padres mediante el consentimiento informado y asentimiento informado para los menores de 18 años.

Instrumentos

Cada estudiante contestó un cuestionario que se tituló *Cuestionario de Evaluación del Apoyo Social Percibido, Sexualidad y Afrontamiento de la Adversidad en la Vida de Jóvenes*, ver Anexo 1. El cuestionario contiene preguntas sociodemográficas e ítems de varias pruebas psicológicas. El tiempo promedio empleado por los estudiantes en responder las preguntas del cuestionario fue de 40 minutos. Las preguntas sociodemográficas se basaron en la literatura previa disponible y su relevancia había sido ya documentada en dichos antecedentes. Las pruebas psicológicas usadas habían sido previamente validadas en población joven hispanohablante, todas ellas son pruebas psicológicas de libre acceso. Para el caso de construcciones teóricas, se muestra su confiabilidad mediante el Omega de McDonald, así como su estructura interna obtenida mediante Análisis Factorial en el presente estudio (Ver cargas factoriales de cada constructo en Anexos). En todas las pruebas psicológicas, a mayor puntuación mayor es el nivel del atributo medido.

Atracción sexual. Se evaluó mediante la pregunta “¿Cuál de siguientes condiciones describe mejor tus sentimientos? Las opciones de respuesta fueron desde *Me atraen solamente las chicas* hasta *Me atraen solamente los chicos* pasando por un punto medio *Me atraen igualmente las chicas y los chicos*. La opción seis fue: *No estoy Seguro*. Surgió la pregunta ¿Es

posible entender la opción de quienes respondieron que *no estoy seguro como una minoría sexual*? ¿es preciso incluirlos dentro de los análisis? Bouris, Everett, Heath, Elsaesser, & Neilands (2015) respondieron a dichas preguntas afirmativamente.

Textualmente señalaron que “los jóvenes que se autodefinen como *no seguros* de su atracción sexual tienen comportamientos de salud mental muy parecidos a las minorías sexuales” (p. 3). Por lo anterior, es preciso mantenerlos en los análisis y darles el tratamiento de minoría sexual. La Figura 11 muestra que, en efecto, los jóvenes que se autodefinieron como no seguros reportaron proporciones de riesgo de suicidio similares a las demás categorías de minorías sexual. Únicamente se encontraron diferencias significativas entre jóvenes autoidentificados con atracción por el sexo opuesto y las minorías sexuales, incluidos los jóvenes autodefinidos como no seguros $F(5, 3056) = 32.33, p = 0.000$. Estos resultados fueron similares tanto en hombres como en mujeres.

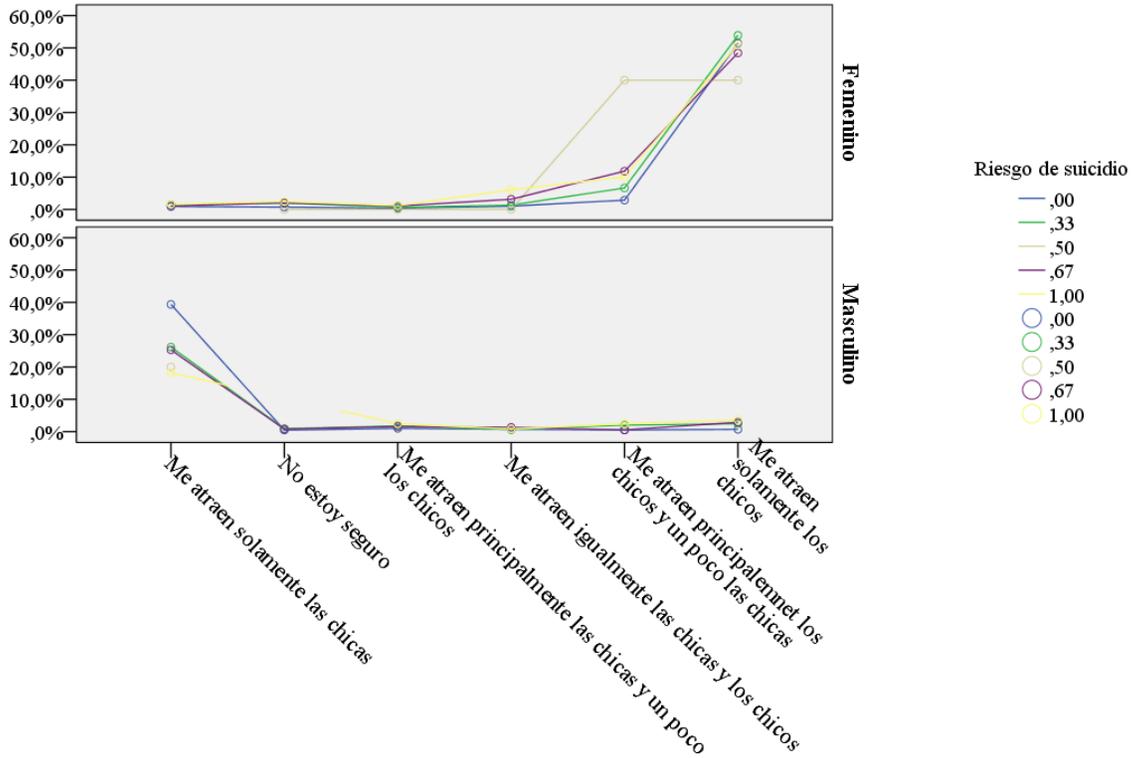


Figura 11. Relación entre Atracción sexual y riesgo de suicidio en hombres y mujeres

Finalmente, la variable fue recodificada de manera que osciló en un continuo entre atracción por el sexo opuesto y atracción por el mismo sexo, pasando por la atracción igual por ambos sexos, con puntaje de estudiantes No seguros en dos, y así se garantizó la continuidad teórica propuesta por Kinsey, Pomeroy & Martin (1948). Tanto en los hombres como en las mujeres, a mayor puntaje, mayor es la atracción sexual por el mismo sexo.

El Riesgo de suicidio fue medido con la Escala de Riesgo Suicida de Plutchik (1989), la cual fue adaptada y validada previamente en adolescentes colombianos por Suarez, Caballero, Palacio & Pineda-Roa (2019). En jóvenes colombianos, la escala tuvo un desempeño confiable y válido. La escala se compone de 3 ítems que dan cuenta de la ideación, comunicación e intento de suicidio. Mediante Análisis Factorial Exploratorio se encontró un factor y su consistencia interna para el presente estudio fue excelente ($\Omega = 0,93$). Ver anexos.

La Depresión fue medida con la subescala de síntomas depresivos de la Escala de Riesgo Suicida de Plutchik (1989), la cual fue adaptada y validada previamente en adolescentes colombianos por Suarez, Caballero, Palacio & Pineda-Roa (2018). En jóvenes colombianos, la escala tuvo un desempeño confiable y válido. La escala se compone de seis ítems que dan cuenta de los síntomas depresivos como falta de sueño, sentimientos de soledad, entre otros. Mediante Análisis Factorial Exploratorio se encontró un factor cuya consistencia interna en el presente estudio fue buena ($\Omega = 0,84$).

La Espiritualidad. La Escala de Espiritualidad, fue incluida en el Estudio Nacional de Salud Mental Adolescente Colombia, Ministerio de la Protección Social, UNODOC y Universidad CES (2010). En el presente estudio, los tres ítems (importancia dada a las creencias espirituales, búsqueda de consuelo mediante medios espirituales y frecuencia de asistencia a servicios religiosos) conformaron un único factor y la consistencia interna en jóvenes colombianos fue buena ($\Omega > 0,80$). A mayor puntaje, mayor espiritualidad.

Desesperanza. Medida a partir del Inventario de Desesperanza de Beck, validado en Colombia para población universitaria por González- Cifuentes (2009) el cual consta de 20 ítems. ($\Omega = 0,83$). Algunos ítems de la escala son: *Veo el futuro con entusiasmo y esperanza y mi futuro no traerá nada bueno para mí.* Los ítems puntúan de modo dicotómico Verdadero o Falso. En la presente investigación se encontró un único factor que agrupó los 20 ítems y evalúan el conjunto de esquemas positivos y negativos con respecto al futuro y a sí mismo, su consistencia interna fue excelente ($\Omega = .92$)

La Impulsividad. Medida a partir de la Escala de Impulsividad de Plutchick fue validada en población joven hispanoamericana por Alcázar-Córcoles Verdejo & Bouso-Sáiz (2015). En el presente estudio se usaron 11 ítems que componen un factor y que miden *comportamientos impulsivos*, resultado de Análisis Factorial Exploratorio, cuya consistencia interna fue buena ($\Omega = 0,80$). Algunos de los ítems de la escala son: *¿Le resulta difícil esperar en una cola?, ¿le resulta difícil controlar sus emociones?, ¿Pierde la paciencia a menudo?* Los ítems de la escala puntúan en forma Likert desde Nunca, A veces, A menudo, Casi siempre. A mayor puntuación mayor es el grado de impulsividad.

Los Factores protectores ante el suicidio. En el presente estudio se midieron los factores protectores mediante la subescala de ideación suicida positiva del Inventario de Ideación Suicida Positiva y Negativa PANSI (Osman, Gutiérrez, Jiandani, Barrios, Linden & Truelove, 2003),

validación para jóvenes colombianos por Villalobos-Galvis (2010). Los ítems puntúan en una escala Likert que va desde *Nunca* hasta *Siempre*. Ejemplos de ítems de dicha subescala son *¿tuviste confianza en las capacidades que tenías para afrontar la mayoría de los problemas de tu vida?* y *¿te sentiste alegre porque te estaba yendo bien el colegio o en el trabajo?* En el presente estudio se encontró que los seis ítems que componen la subescala se agruparon en un solo factor, cuya consistencia interna fue muy buena ($\Omega = 0,84$).

Los Eventos vitales estresantes. En el trabajo actual se midieron con el Cuestionario de Eventos Vitales Estresantes para Adolescentes Revisado, consta de 27 ítems y fue previamente validado para población adolescente en Pasto Nariño Colombia por Villalobos (2009) ($\alpha = 0,90$). En el presente estudio se usaron los ítems de abuso sexual, violencia física y psicológica, los cuales tuvieron buena consistencia interna ($\Omega = 0,73$).

La Aceptación percibida parental. La aceptación percibida parental se midió mediante la Escala de aceptación percibida del padre y la madre (PAS), Brock, Sarason, Sanghvi y Gurung (1998). Validación en jóvenes hispanos por Rodríguez-González, Martínez-López, Tinajero-Vacas, Guisande-Couñado y Páramo-Fernández (2012) ($\alpha = 0,88$ y $\alpha = 0,89$). En el presente estudio se encontraron tres subescalas: apoyo percibido de la madre (8 ítems, $\Omega = 0,88$), apoyo percibido del padre (6 ítems, $\Omega = 0,85$) y falta de apoyo parental (5 ítems, $\Omega = 0,73$).

El Afrontamiento. En el presente estudio se midió el afrontamiento mediante cuatro escalas adaptadas por Chorot y Sandín (1993), a partir de las Escalas de afrontamiento de Lázarus & Folkman (1984), estas fueron: Solución de Problemas ($\Omega > 0,90$), Reevaluación Positiva ($\Omega > 0,86$), Evitación Emocional ($\Omega > 0,87$) y Evitación Cognitiva ($\Omega > 0,80$); la prueba completa fue validada en Colombia por Londoño, Henao, Puerta, Posada, Arango, & Aguirre (2006).

El Bullying. Teniendo en cuenta que este tiene varios actores como son la víctima, el victimario y el testigo. En el presente estudio se midió el bullying desde la perspectiva de la víctima mediante siete ítems del European Bullying Intervention Project Questionnaire, (EBIPQ), el cual fue validado para Colombia por Herrera-Lopez, Romera y Ortega-Ruiz (2017). Acorde a lo previsto, en el presente estudio, los siete ítems se agruparon en un solo factor con muy buena consistencia interna ($\Omega = 0,86$).

A continuación, se especifica la puntuación de cada una de las pruebas psicológicas usadas y el número de preguntas incluidas. Los puntajes totales de cada instrumento fueron

calculados mediante el promedio de las puntuaciones en cada uno de los ítems, de tal forma que entre mayor es un puntaje, mayor es la cantidad de atributo medido.

Tabla 6.
Operacionalización de variables

Variables	Tipo de variables	Dimensiones y subdimensiones	Indicadores, puntuación y número de ítems
		Nivel de variable	
Sexo	Sociodemográficas	Nominal	Masculino (1) y Femenino (0)
Edad		Intervalo	Edad en años cumplidos. 14 a 24 años.
No. De hermanos		Discreta	# 0,1,2,3, 4 hermanos o más.
¿Vive tu padre?		Nominal	SI (1), NO (0)
¿Vive tu madre?		Nominal	SI (1), NO (0)
Atracción sexual		Categórica (Intervalo)	¿Cuál de las siguientes opciones describen mejor tus sentimientos? (a) Me atraen solamente las chicas (1) (b) No estoy seguro (2) (c) Me atraen principalmente las chicas y un poco los chicos (3) (d) Me atraen igualmente las chicas y los chicos (4) (e) Me atraen principalmente los chicos y un poco las chicas (5) (f) Me atraen solamente los chicos (6)
Estrato		Categórica (Ordinal)	Valores entre 1 y 6. Bajo (1 y 2), medio (3 y 4) y alto (5 y 6)

Mediación de la relación atracción sexual-riesgo suicida

Nivel educativo de los padres	Categoría (Ordinal)	Primaria (1), Bachillerato (2), Estudios Técnicos o tecnológicos (3), Universitario (4), Profesional graduado (5) y Posgrado (6).	
Riesgo suicida	Dependiente	Una dimensión: Riesgo suicida. (Cuantitativa)	La Escala de Riesgo Suicida de Plutchik & Van Praag (1989) se compone de dos dimensiones: Depresión (6 ítems) y Riesgo de Suicidio (3 ítems). Cada dimensión toma valores en el intervalo [0,1]. Total ítems: 9.
Depresión		Predictiva	
Desesperanza	Predictiva		Desesperanza, (una única dimensión) (Cuantitativa)
Eventos vitales estresantes		Predictiva	Una dimensión: Victimización (Cuantitativa)
Impulsividad	Predictiva		Una dimensión (comportamientos impulsivos). (Cuantitativa)

Mediación de la relación atracción sexual-riesgo suicida

Afrontamiento	Predictiva	Cuatro Dimensiones (solución de problemas, reevaluación positiva, evitación emocional, Evitación cognitiva) (Cuantitativa).	Solución de problemas (9 ítems), Reevaluación positiva (5 ítems), Evitación emocional (8 ítems), Evitación cognitiva (5 ítems). Cada dimensión es el promedio de las puntuaciones en los ítems y toma valores en el intervalo [1,6]. Total ítems: 27.
Aceptación parental	Predictiva	Tres dimensiones (aceptación paterna y materna y falta de aceptación percibidas) (Cuantitativa)	Aceptación percibida del padre (6 ítems), Aceptación percibida de la madre (8 ítems) y falta de aceptación parental percibida (que incluye ítems del padre y de la madre, 5 ítems). La variable toma valores en el intervalo [1,5]. Total ítems: 19
Espiritualidad	Predictiva	Una única dimensión (Cuantitativa)	Evalúa las actitudes de los jóvenes hacia las creencias espirituales mediante una dimensión que toma valores en el intervalo [0,4]. Total ítems: 3
Factores protectores ante el suicidio	Predictiva	Una única dimensión (Cuantitativa)	Evalúa los factores de protección mediante una única dimensión que toma valores en el intervalo [0,4]. Total ítems: 6

Procedimiento

La investigación se llevó a cabo mediante las siguientes fases:

1. **Elaboración del Marco Referencial y Metodología.** En este se incluyó la adopción de una teoría (Modelo integrador del estrés minoritario) y la revisión exhaustiva de antecedentes, así como la justificación, identificación del problema y planteamiento de objetivos que guiaron el proyecto.
2. **Exposición del proyecto** ante “pares amigos”. Esta fue pública y tuvo en cuenta expertos en el tema tanto a nivel nacional como internacional.
3. **Aprobación Comité de Ética.** El proyecto fue aprobado por el Comité Institucional de Ética de la Universidad del Norte en un primer momento según Acta No. 165 de 2017 y Acta No. 174 del 31 de mayo de 2018, en esta última se aprobaron las modificaciones al mismo, que consistieron en cambiar la prueba de ideación suicida por la prueba de riesgo de suicidio de Plutchik y en incluir tanto hombres como mujeres. También se aprobó realizar el estudio en cualquier parte del país.
4. **Aplicación de prueba piloto.** Con el fin de garantizar que la información presentada en los distintos instrumentos se entienda y por tanto aclarar y resolver posibles dudas, se llevó a cabo una prueba piloto en la ciudad de Barranquilla, Santa Marta, Tunja y Villavicencio, que constó de 350 jóvenes reclutados en varias de las seis ciudades.
5. **Reclutamiento.** Se invitó a participar en la investigación a colegios interesados en temática del proyecto con problemáticas de conducta suicida a seis colegios en Barranquilla, seis en Bogotá y ocho en Villavicencio mediante carta enviada a los rectores en las tres ciudades.
6. **Solicitud de permisos para aplicación definitiva.** Se solicitaron los permisos en Bogotá, Barranquilla y Villavicencio mediante reuniones con los rectores de los colegios, profesores, padres y orientadores con el fin de explicar el proyecto y cada una de los pasos de aplicación. Cuando un colegio o una universidad no respondieron a la invitación para participar en el estudio o negaron el permiso, dicha unidad muestra fue reemplazada dentro de las demás unidades muestrales en cada ciudad.
7. **Aplicación definitiva.** Se llevó a cabo en los salones de clase de los colegios y universidades en las tres ciudades, en la cual estuvo el investigador principal apoyado por estudiantes de psicología previamente entrenados en el diligenciamiento del cuestionario. Unidades muestrales en cada colegio fueron estudiantes de noveno a once, cuatro públicos y cuatro privados en cada ciudad. La invitación se realizó a todos los estudiantes, pero la población a la que se le aplicó el cuestionario fueron aquellos estudiantes cuyos padres

aceptaron por escrito la participación de sus hijos, hasta completar el tamaño muestral previsto. Se realizó un informe por colegio en forma descriptiva de los principales hallazgos en cada una de las variables y se envió por correo electrónico.

8. **Elaboración de la Base de Datos.** Se capturó la información haciendo uso de Excell y posteriormente de SPSS y en la digitación también colaboraron los estudiantes de psicología a quienes también se les entrenó en la manera correcta de ingresar la información.

Aspectos bioéticos

Según la Resolución 8430 de 1993 se trató de una investigación con riesgo mínimo, ya que primero, se trataron aspectos sensibles del comportamiento, no representó un riesgo importante para la integridad física y psicológica, no se realizó ninguna intervención física o psicológica. Cabe destacar que los estándares éticos en psicología (Código Bioético y Deontológico en Psicología, 2014) enfatizan no solamente la procura por el bienestar de los participantes de la investigación sino también el no daño.

La justificación del nivel de riesgo mínimo en la presente investigación estuvo amparada en la Guía de Práctica Clínica para la prevención, diagnóstico y tratamiento de la ideación y/o conducta suicida (2017). Dicho documento señala que “No hay evidencia que sugiera que preguntar directamente sobre la presencia de ideación o intención suicida crea el riesgo de suicidio en personas que no han tenido pensamientos suicidas, o empeora el riesgo en quienes lo padecen. Es más probable que una discusión sobre el suicidio enfocado y con calma, de hecho pueda permitir a la persona revelar sus pensamientos. (NZGG 2008) (p. 23)”. La evidencia proviene de metanálisis, revisiones sistemáticas de ensayos clínicos o ensayos clínicos bien realizados con poco riesgo de sesgo, opiniones de expertos y estudios no analíticos, como informes de casos y series de casos. OMS (2000); OPS (2000); Gould, Marrocco, Kleinman, Thomas, Mostkoff, Cote, et al. (2005); Deeley (2010); Beurs et al (2016). Adicionalmente, existe el mito de que la evaluación de la orientación sexual lleva a los estudiantes a inducirles ser o convertirse en homosexuales, lo cual es falso. En el actual cuerpo de conocimientos, la homosexualidad tiene una base principalmente biológica, por lo que nadie se convierte en homosexual, por tanto, no hay evidencia que hablar o preguntar la atracción sexual conduzca a volverlos homosexuales, (Ardila, 2008; Bayley, 2016).

Se aplicó consentimiento informado a los padres de los menores de edad y asentimiento a sus hijos de menos de 18 años, por escrito y firmado por cada participante (ver Anexos 3 y 4). En dichos formularios se incluyó que: el carácter de la investigación es confidencial, los objetivos de la investigación, los participantes podían suspender el diligenciamiento del cuestionario en cualquier momento, autorización de la publicación de los datos con el respeto debido de la confidencialidad, se les indicó que el beneficio es para la ciencia y no directo con la participación en el estudio y por último, ellos podían pedir retroalimentación de los resultados de las pruebas a los correos electrónicos del investigador. El porcentaje de retorno de consentimientos informados firmados en colegios fue del 52% y en universidades fue de 94%.

Se les indicó a los psicólogos orientadores que, en caso de dudas sobre la investigación, o que algún estudiante quiera ser escuchado en privado, luego de haber diligenciado el cuestionario, por favor se refiera a los datos de contacto del investigador principal, Ps. Carlos Alejandro Pineda Roa, a su correo electrónico o a sus números de celular, sin importar la hora en la que lo requieran. En la convocatoria a participar en la investigación, también incluyó los números de contacto del Comité de Ética de Investigación en Salud de la Universidad del Norte.

El investigador principal tenía listo un protocolo de atención en caso de ser requerido en alguno de los sitios de aplicación. Dicho protocolo de atención en casos de urgencias está disponible en la siguiente dirección web: <https://prezi.com/-qghekdkj1xd/copy-of-intervencion-en-crisis-en-ideacion-suicida/>. En aquellos colegios donde se solicitó una retribución adicional al informe, el investigador principal y autor de la presente tesis ofreció talleres sobre autoestima en los colegios de Barranquilla y Villavicencio, también se realizaron y charlas a los profesores en los colegios donde se solicitó y se capacitó a los profesores para brindar asesoría inmediata a los estudiantes, mientras un profesional de la salud esté disponible. Una copia del manual de prevención del suicidio dirigida a instituciones educativas, la cual fue elaborada por el Doctor Jaime Alberto Carmona y colaboradores fue entregada en formato electrónico a los colegios a través de sus orientadores. El Manual está disponible aquí: <https://www.funlam.edu.co/uploads/fondoeditorial/preliminar/2010/Manual-de-prevencion-del-suicidio-para-Instituciones-Educativas.pdf>

Al finalizar la investigación, a cada colegio se le envió un informe general de los hallazgos en forma descriptiva y se les recomendó a los orientadores de colegios activar la

remisión de las rutas de atención en casos que ameriten ayuda profesional o de urgencia, por ejemplo, a secretaría de salud en cada ciudad donde se realizó el estudio y a la línea amiga 106.

Es importante destacar que, con el fin de conservar el anonimato institucional y no solo de los participantes del presente estudio, los nombres de las instituciones participantes se incluyeron con fines informativos para este documento de tesis, pero que no serán publicados en los artículos y/o libros que se deriven de la presente investigación, ya que no se concedió autorización explícita por parte de las instituciones para hacer mención de ellas en las publicaciones derivadas del presente estudio. Además, nunca ha sido el objetivo ni será de interés del presente estudio revelar los nombres de las instituciones participantes.

Análisis de Datos

Primeramente, se calcularon frecuencias y porcentajes para variables categóricas. En segundo lugar, se calcularon diferencias en riesgo de suicidio según variables sociodemográficas mediante pruebas t student en variables con dos categorías y análisis de varianza de un factor para más de una categoría. Cada diferencia se acompañó del valor p, el cual fue significativo siempre que su valor sea inferior a $\alpha=.05$ y la magnitud del efecto respectivo (Hedges's g para contrastes de medias entre dos grupos y Eta Cuadrado para contraste de medias de más de dos grupos). En tercer lugar, cada variable cuantitativa se obtuvo mediante el promedio de las puntuaciones en los ítems de su factor, y se calculó la matriz de correlaciones policórica con diversas agrupaciones de las variables en factores y sus valores de significancia bilateral.

En cuarto lugar, para establecer si una variable era mediadora, se siguieron las recomendaciones de Hayes (2018), capítulos tres, cuatro y cinco. Conforme a dicho autor, se corrieron análisis de mediación múltiple serial, los cuales son adecuados cuando los constructos involucrados están correlacionados entre sí (Hayes, 2018, p. 167). Para el Análisis Factorial Confirmatorio AFC se aplicó el método mínimos cuadrados ponderados diagonalizables (de las siglas en inglés, Diagonally Weighted Least Squares DWLS), más conveniente cuando las puntuaciones son categóricas y se incumple el supuesto de normalidad multivariada. Se tuvieron en consideración los siguientes índices de bondad de ajuste: chi-cuadrado entre los grados de libertad (X^2/gl), siendo óptimo un valor por debajo de tres, el índice de ajuste comparativo, CFI (Comparative Fit-Index), el TLI (Tucker Lewis index) con un punto de corte esperado igual o superior a .95. Por último, el error cuadrático medio de aproximación, RMSEA (Root Mean-

Square Error of Approximation), indica una bondad de ajuste bueno a partir de valores iguales o inferiores a .06, al igual que el índice SRMR (Standardized Root Mean-Square), (Hu & Bentler, 1999, Byrne, 2006). Con el fin de comparar cuál de las variables individuales y contextuales era mejor mediadora se tuvieron en cuenta la magnitud del efecto directo y su coeficiente de determinación R^2 . Aquella variable que presentó el mayor valor de β y R^2 se eligió como mejor variable mediadora individual o contextual.

El análisis de confiabilidad de las escalas, se realizó a partir del coeficiente Omega de McDonald (Ω), dado que este coeficiente representa una alternativa al Alfa de Cronbach y no exige el supuesto de Tau-equivalencia, Dunn (2014). Ω se obtuvo mediante el software libre *Factor* de Lorenzo-Seva & Ferrando (2013). Los análisis estadísticos de mediación se realizaron mediante el software estadístico RStudio versión 1.1.383, empleando el paquete estadístico *Lavaan* para el análisis factorial confirmatorio AFC. Respecto a valores faltantes, *Lavaan* corrió los resultados para los casos con datos completos y en cada modelo se especificó el respectivo tamaño muestral empleado por el paquete. El método de estimación de datos faltantes fue mediante imputación múltiple, el cual estima el valor de los datos faltantes con los datos presentes. Es el método más recomendado por estar basado en verosimilitudes, es decir en métodos probabilísticos que conservan la distribución de los datos y no subestiman su varianza, véase (Schafer, 1997; Rubin, 1987; Rubin (1996); Little y Rubin, 2002; Viada, Bouza, Ballesteros, Fors & Rolando, 2016). En Anexos se muestran los resultados de cada modelo con los datos imputados. Se espera que los índices de ajuste no varíen sustancialmente y en consecuencia podremos concluir que no hubo afectación de los datos faltantes en la estimación de los efectos.

PARTE IV. Resultados, Discusiones y Conclusión

Capítulo 7. Resultados

En esta sección, el lector encontrará los resultados en estricto orden en el cual se formularon los objetivos específicos. En primer lugar, los estadísticos descriptivos de las variables demográficas, continuando con los niveles de riesgo de suicidio según dichas variables. En segundo lugar, se muestran los hallazgos de la relación entre atracción sexual y riesgo de suicidio en general, tanto para hombres como para mujeres. En tercer lugar, se presenta la matriz de correlaciones policórica de los constructos evaluados. Finalmente, se presentan los hallazgos de los cinco modelos mediacionales en el mismo orden en el cual se plantearon como hipótesis.

Tabla 7.

Estadísticos descriptivos de la muestra de jóvenes escolarizados (N=3064).

Atracción sexual						
sexo			n	%	% válido	% acumulado
Femenino	Válido	ASO	1574	84,0	84,0	84,0
		EMS	299	16,0	16,0	100,0
		Total	1873	100,0	100,0	
Masculino	Válido	ASO	1039	87,2	87,2	87,2
		EMS	152	12,8	12,8	100,0
		Total	1191	100,0	100,0	
Región de residencia						
Femenino	Válido	Interior (Bogotá, Villavicencio)	1394	74,4	74,5	74,5
		Costa (Área Metropol. Barranquilla)	485	25,7	25,5	100,0
		Total	1872	99,9	100,0	
	Perdidos	999,00	1	,1		
	Total		1873	100,0		
Masculino	Válido	Interior (Bogotá, Villavicencio)	878	73,7	73,5	73,5
		Costa (Área Metropol. Barranquilla)	311	26,4	26,5	100,0
		Total	1190	99,9	100,0	
	Perdidos	999,00	1	,1		
	Total		1191	100,0		
Colegio Vs Universidad						
Femenino	Válido	Colegio	1134	60,5	60,5	60,5
		Universidad / Técnica	739	39,5	39,5	100,0

Mediación de la relación atracción sexual-riesgo suicida

Masculino	Válido	Total	1873	100,0	100,0	
		Colegio	922	77,4	77,4	77,4
		Universidad / Técnica	269	22,6	22,6	100,0
		Total	1191	100,0	100,0	
Vive padre (SI vs NO)						
Femenino	Válido	No	130	6,9	7,1	7,1
		Si	1698	90,7	92,9	100,0
		Total	1828	97,6	100,0	
	Perdidos	999	45	2,4		
	Total		1873	100,0		
Masculino	Válido	No	85	7,1	7,3	7,3
		Si	1074	90,2	92,7	100,0
		Total	1159	97,3	100,0	
	Perdidos	999	32	2,7		
	Total		1191	100,0		
Vive madre (SI vs NO)						
Femenino	Válido	No	37	2,0	2,1	2,1
		Si	1740	92,9	97,9	100,0
		Total	1777	94,9	100,0	
	Perdidos	999	96	5,1		
	Total		1873	100,0		
Masculino	Válido	No	20	1,7	1,8	1,8
		Si	1112	93,4	98,2	100,0
		Total	1132	95,0	100,0	
	Perdidos	999	59	5,0		
	Total		1191	100,0		
Sector						
Femenino	Válido	Privado	678	36,2	36,2	36,2
		Público	1195	63,8	63,8	100,0
		Total	1873	100,0	100,0	
Masculino	Válido	Privado	276	23,2	23,2	23,2
		Público	915	76,8	76,8	100,0
		Total	1191	100,0	100,0	
Vives con: Mama, papa y hermanos (SI vs. NO)						
Femenino	Válido	No	1199	64,0	64,0	64,0
		Si	674	36,0	36,0	100,0
		Total	1873	100,0	100,0	
Masculino	Válido	No	748	62,8	62,8	62,8
		Si	443	37,2	37,2	100,0
		Total	1191	100,0	100,0	

Fuente: Elaboración propia. ASO: Atracción por el sexo opuesto, EMS: Estatus de minoría sexual

Dado que la variable riesgo de suicidio estuvo compuesta por ítems de ideación, comunicación e intento de suicidio, la Tabla 8, presenta las diferencias porcentuales en estas variables en los dos grupos: jóvenes con ASO versus jóvenes con EMS controlado por sexo.

Tabla 8.

Diferencias porcentuales en ideación, comunicación e intento de suicidio en jóvenes colombianos

¿Ha pensado alguna vez en acabar con su vida?							
				NO	SI	Total	OR IC95%
Femenino	Atracción sexual	ASO	n	1367	203	1570	2,93(2,28;3,78)
			%	87,1%	12,9%	100,0%	
	EMS	n	212	84	296		
		%	71,6%	28,4%	100,0%		
	Total	n	1579	287	1866		
		%	84,6%	15,4%	100,0%		
Masculino	Atracción sexual	ASO	n	967	70	1037	3,23(2,28;4,59)
			%	93,2%	6,8%	100,0%	
	EMS	n	121	31	152		
		%	79,6%	20,4%	100,0%		
	Total	n	1088	101	1189		
		%	91,5%	8,5%	100,0%		
¿Le ha comentado a alguien, en alguna ocasión, que quería suicidarse?							
Femenino	Atracción sexual	ASO	n	1292	279	1571	2,44(1,86;2,37)
			%	82,2%	17,8%	100,0%	
	EMS	n	195	103	298		
		%	65,4%	34,6%	100,0%		
	Total	n	1487	382	1869		
		%	79,6%	20,4%	100,0%		
Masculino	Atracción sexual	ASO	n	904	135	1039	3,42(2,37;5,09)
			%	87,0%	13,0%	100,0%	
	EMS	n	100	52	152		
		%	65,8%	34,2%	100,0%		
	Total	n	1004	187	1191		
		%	84,3%	15,7%	100,0%		
¿Ha intentado alguna vez quitarse la vida?							
Femenino	Atracción sexual	ASO	n	1367	203	1570	2,66(1,99;3,57)
			%	87,1%	12,9%	100,0%	
	EMS	n	212	84	296		
		%	71,6%	28,4%	100,0%		

Mediación de la relación atracción sexual-riesgo suicida

Total			n	1579	287	1866	
			%	84,6%	15,4%	100,0%	
Masculino	Atracción sexual	ASO	n	967	70	1037	
			%	93,2%	6,8%	100,0%	
		EMS	n	121	31	152	3,53(2,22;5,62)
		%	79,6%	20,4%	100,0%		
Total			n	1088	101	1189	
			%	91,5%	8,5%	100,0%	

Fuente: Elaboración propia. OR: Odd Ratio. IC: Intervalo de confianza. EMS: Estatus de minoría sexual. ASO: Atracción por el sexo opuesto

La tabla 8 señala que tanto en ideación, intento y comunicación suicida, existen disparidades en jóvenes con EMS en comparación con jóvenes con ASO. La significancia clínica o magnitud del efecto en cada una de estas variables se ubicó entre baja y moderado ($2 < OR < 3$). No obstante, es importante resaltar que en los varones la afectación fue mayor, ya que algunos de los intervalos de confianza del *Odd Ratio* llegan incluso a límites superiores a cinco.

En general, las mujeres puntuaron más alto en riesgo de suicidio promedio ($M=0.24$, $DE=0.34$), que los hombres ($M=0.16$, $DE=0.29$) y las diferencias fueron estadísticamente significativas ($t=5.98$, $gl=3060$, $p=0.000$, Hedge's $g =0.24$). No obstante, la Tabla 9 muestra que, según sector educativo, es decir público versus privado, los hombres del sector privado fueron quienes reportaron promedios de riesgo de suicidio más alto. En contraposición, las mujeres del sector público tuvieron significativamente más alto riesgo de suicidio que las del sector privado. El resultado es significativo estadísticamente, aunque la magnitud del efecto en ambos grupos de hombres y mujeres fue baja.

Por su parte, la Tabla 9 muestra que no hubo diferencias significativas en los niveles de riesgo de suicidio según región de residencia (Costa o interior), ni en los jóvenes que trabajan versus aquellos que no trabajan. Tampoco hubo diferencias significativas según si vive el padre o no, ni en la variable vive la madre o no. En cuanto a la convivencia, los varones que no viven con papá, mamá y hermanos, reportaron un nivel de riesgo más alto que aquellos que sí viven en dicho tipo de familia, aunque la magnitud del efecto fue baja. En mujeres, no hubo diferencias significativas.

Para variables como la edad, se encontraron diferencias significativas únicamente en hombres, siendo el promedio más alto a mayor edad. Dadas estas diferencias, los análisis de los modelos explicativos se controlaron por las variables edad, si convive o no con hermanos y ambos padres y por el sector educativo, según los procedimientos de control de variables recomendados por Campos, Besser, Blatt (2013). Adicionalmente se tuvo en cuenta la no violación del supuesto de multicolinealidad (es decir, variables independientes no deben estar asociadas en alto grado, mayor a 0.80). En las restantes variables, región de residencia, si vive o no el padre o la madre, estrato socioeconómico, si el joven trabaja o no, no se encontraron diferencias significativas tanto en hombres como en mujeres.

Tabla 9**Diferencias promedio de riesgo de suicidio en jóvenes escolarizados según variables sociodemográficas**

¿Trabajas?		<i>N</i>	<i>M</i>	<i>DE</i>	<i>t</i>	<i>p</i>	Hedge's <i>g</i>
Femenino	Si	257	,26	,36	,99	0,32	0,05
	No	1559	,24	,34			
Masculino	Si	189	,19	,31	,97	0,37	0,39
	No	974	,17	,30			
Región de residencia		<i>N</i>	<i>M</i>	<i>DE</i>	<i>t</i>	<i>p</i>	Hedge's <i>g</i>
Femenino	Costa (Barranquilla)	478	,24	,34	-,19	0,84	0
	Interior (Bogotá, Villavicencio)	1392	,24	,34			
Masculino	Costa (Barranquilla)	315	,19	,30	1,24	0,21	0,09
	(Bogotá, Villavicencio)	875	,16	,30			
	Colegio	922	,15	,28			
¿Vive el padre?		<i>N</i>	<i>M</i>	<i>DE</i>	<i>t</i>	<i>p</i>	Hedge's <i>g</i>
Femenino	Si	1696	,24	,34	-1,47	0,14	0,14
	No	130	,29	,37			
Masculino	Si	1074	,17	,29	-0,48	0,62	0,03
	No	85	,18	,34			
¿Vive la madre?		<i>N</i>	<i>M</i>	<i>DE</i>	<i>t</i>	<i>p</i>	Hedge's <i>g</i>
Femenino	Si	1738	,24	,34	-0,32	0,74	0,05
	No	37	,26	,35			
Masculino	Si	1112	,17	,30	-0,11	0,9	0,03
	No	20	,18	,30			
Sector		<i>N</i>	<i>M</i>	<i>DE</i>	<i>t</i>	<i>p</i>	Hedge's <i>g</i>
Femenino	Público	1193	,25	,34	2,06	0,03	0,08
	Privado	678	,22	,34			
Masculino	Público	915	,16	,30	-2,22	0,02	0,13
	Privado	276	,20	,31			
¿Vives con Padre, Madre y Hermanos?		<i>N</i>	<i>M</i>	<i>DE</i>	<i>t</i>	<i>p</i>	Hedge's <i>g</i>
Femenino	Si	674	,23	,33	-1,36	0,17	0,05
	No	1197	,25	,35			

Mediación de la relación atracción sexual-riesgo suicida

Masculino	Si	443	,14	,27			
	No	748	,18	,31	-1,39	0,01	0,13
<hr/>							
Edad		<i>N</i>	<i>M</i>	<i>DE</i>	<i>F</i>	<i>p</i>	Eta cuadrada
<hr/>							
Femenino	14-16 años	878	,25	,34			
	17-19 años	731	,24	,34			
	20-24 años	262	,22	,35	0,61	0,53	0
	Total	1871	,24	,34			
Masculino	14-16 años	661	,13	,27			
	17-19 años	403	,20	,33			
	20-24 años	127	,25	,33	11,84	0	0,01
	Total	1191	,17	,30			
<hr/>							
Nivel socioeconómico		<i>N</i>	<i>M</i>	<i>DE</i>	<i>F</i>	<i>p</i>	Eta cuadrada
<hr/>							
Femenino	1	403	,25	,35			
	2	523	,23	,34			
	3	657	,24	,33			
	4	144	,25	,35	0,61	0,69	0
	5	46	,18	,31			
	6	20	,32	,43			
	Total	1793	,24	,34			
<hr/>							
Masculino	1	218	,18	,31			
	2	326	,16	,29			
	3	463	,16	,29			
	4	97	,24	,35	1,6	0,15	0
	5	23	,12	,24			
	6	10	,10	,16			
	Total	1137	,17	,30			

Fuente: Elaboración propia.

Para dar respuesta al objetivo dos, se establecieron dos grupos para la variable atracción sexual, el primero de los cuales fue atracción por el mismo sexo (EMS=1) y atracción por el sexo opuesto (ASO=0). Seguidamente, se estableció el contraste de medias con sus significancia y magnitud del efecto (*g* de Hedges) entre los dos grupos y se encontró lo siguiente:

Los jóvenes con **EMS** tuvieron mayor promedio de riesgo de suicidio ($M = 0,38$; $DE = 0,37$) en relación con los jóvenes con **ASO** ($M = 0,18$; $DE = 0,30$, $p=0.000$; *g* de Hedges corregida = 0,63) y la magnitud del efecto estuvo entre baja y moderada, según la convención de

Ferguson (2009). Este resultado se encontró tanto en hombres como en mujeres, como se aprecia a continuación:

Hombres: [EMS (N = 152): $M = 0,34$; $DE = 0,36$; $p=0.000$; ASO (N = 1039): $M = 0,14$; $DE = 0,27$; $p=0.000$; $g = 0,70$]

Mujeres: [EMS (N = 299): $M = 0,40$; $DE = 0,38$; $p=0.000$; ASO (N = 1572): $M = 0,21$; $DE = 0,32$; $p=0.000$; $g = 0,57$]

En relación con los datos anteriores se aprecia que los hombres de minorías sexuales reportaron mayor afectación en conductas suicidas a nivel estadístico y clínico, según el valor promedio y de la magnitud del efecto hallados en comparación con las mujeres.

Con el fin de dar respuesta al objetivo tres, la Tabla 10 muestra la matriz de correlaciones policórica. En cada recuadro aparece el valor de magnitud de la asociación entre -1 y 1. Recuadros en blanco denotan una asociación que no es significativa. Mayor intensidad del color azul indica mayor asociación inversa, cercana a -1, mientras que mayor intensidad del número rojo indica mayor asociación directa, más cercana a 1.

Recuadros en negrita señalan cuatro factores que resumen las 15 variables cuantitativas. Un primer recuadro de izquierda a derecha señala a la espiritualidad como factor protector que se diferencia en su magnitud baja de las variables del segundo factor, en el cual aparecen variables consideradas protectoras de riesgo de suicidio, pero con mayores fuerzas de asociación con riesgo de suicidio. En el tercer recuadro aparece claramente el estilo de afrontamiento negativo (evitación emocional y cognitiva) y el último factor agrupa tres variables contextuales de riesgo frente al suicidio (bullying, falta de aceptación percibida y victimización por eventos estresantes) y las variables de desenlace o individuales (desesperanza, depresión, impulsividad y riesgo de suicidio).

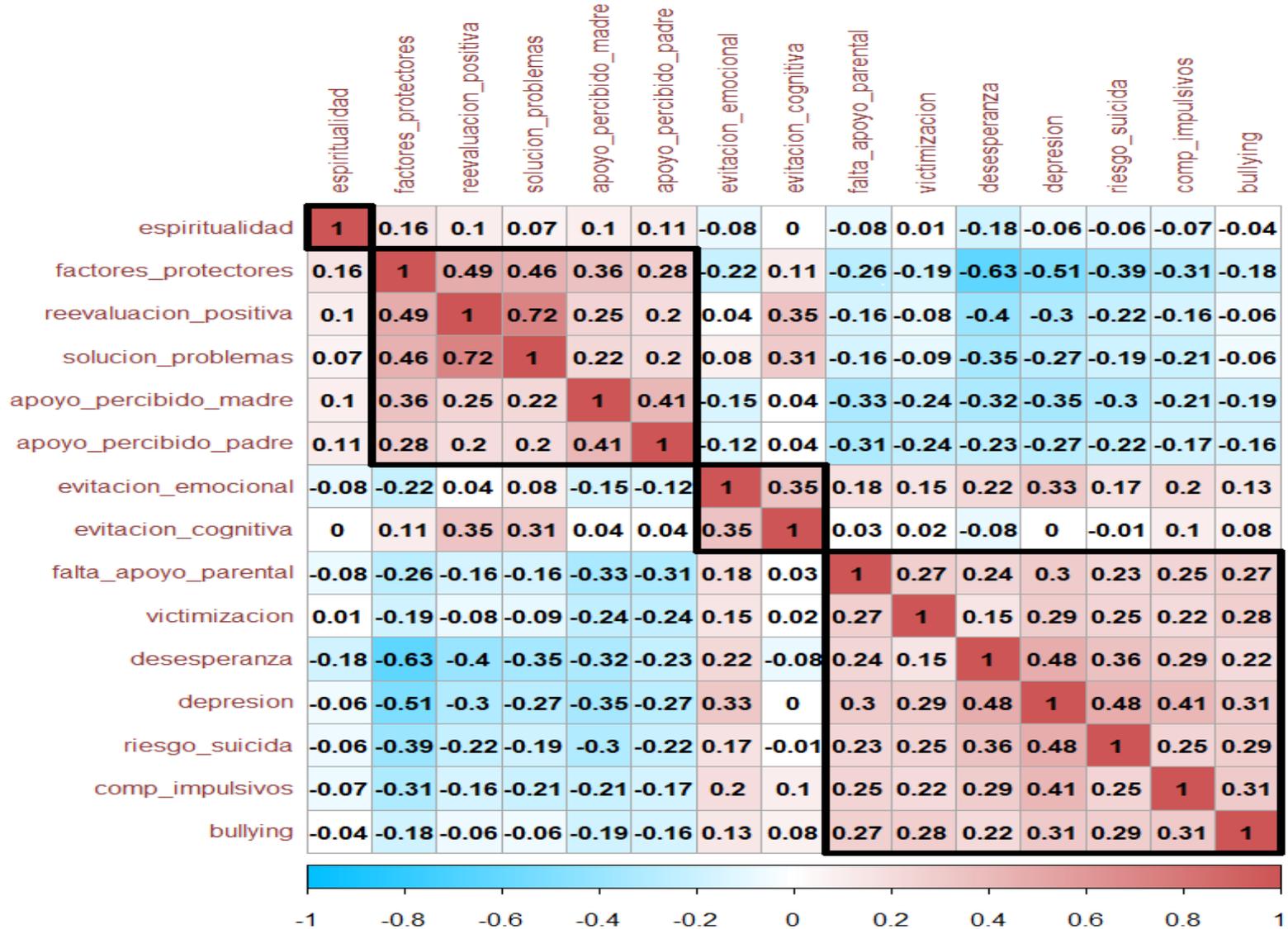
Conforme a lo esperado, se encontró una relación directa y significativa entre riesgo de suicidio, depresión y desesperanza e impulsividad, al igual que entre bullying y haber experimentado eventos estresantes (ser víctima de violencia sexual, física y/o psicológica). Por el contrario, se encontraron relaciones inversas y significativas entre factores de protección ante el suicidio y riesgo de suicidio, apoyo percibido de la madre, espiritualidad, y las subescalas de

estrategias de afrontamiento solución de problemas y reevaluación positiva. Falta de apoyo percibido se asoció de manera directa con bullying y con riesgo de suicidio.

Las asociaciones entre sí en las variables individuales depresión, desesperanza, riesgo de suicidio e impulsividad fueron no solo significativas sino superiores a 0,20, en todos los casos. Al contrario, las correlaciones entre variables como la espiritualidad y variables individuales o intrapersonales fueron muy bajas, aunque en su mayoría fueron significativas, ya que ninguna de dichas correlaciones tuvo un valor superior a 0,15. Finalmente, la inmensa mayoría de las correlaciones fueron significativas al 1%.

Tabla 10

Relación entre los niveles de Riesgo de suicidio y las variables individuales y contextuales en jóvenes escolarizados colombianos



Para el caso del cuarto objetivo específico, la Tabla 11 muestra las diferencias promedio en jóvenes con EMS versus ASO en cada una de las variables de exposición (contextuales) y de resultado o desenlace (individuales), tanto en mujeres (izquierda) como en hombres (derecha). Todos los contrastes tienen su magnitud del efecto asociado y este se encontró entre bajo y moderado, según las convenciones de Ferguson (2009). Se destaca que las únicas dos variables en las cuales no se encontraron diferencias significativas entre jóvenes con EMS versus ASO fueron evitación emocional y evitación cognitiva. Asimismo, llama la atención que el nivel promedio de desesperanza entre hombres y mujeres de minorías sexuales es el mismo, no ocurre lo mismo con depresión, donde las mujeres puntúan significativamente más alto que los hombres.

Tabla 11.

Diferencias promedio en variables individuales y contextuales en cada una de las variables cuantitativas según estatus de atracción sexual y sexo.

		Mujeres					Hombres				
		<i>N</i>	<i>M</i>	<i>DE</i>	<i>p</i>	<i>Hedge's g</i>	<i>N</i>	<i>M</i>	<i>DE</i>	<i>p</i>	<i>Hedge's g</i>
Espiritualidad	EMS	298	1,59	0,85	,000	0,46	150	1,35	0,87	,003	0,26
	ASO	1564	1,97	0,81			1036	1,57	0,81		
Desesperanza	EMS	298	0,25	0,20	,000	0,47	152	0,25	0,23	,000	0,64
	ASO	1568	0,17	0,16			1037	0,15	0,14		
Depresión	EMS	299	0,64	0,28	,000	0,57	152	0,50	0,31	,000	0,49

Mediación de la relación atracción sexual-riesgo suicida

Comportamientos impulsivos	ASO	1572	0,48	0,28			1039	0,36	0,28		
	EMS	299	1,36	0,52			152	1,33	0,55		
Factores protectores	ASO	1572	1,12	0,49	,000	0,48	1039	1,13	0,52	,000	0,38
	EMS	299	2,36	0,82			152	2,48	0,86		
Aceptación percibida madre	ASO	1573	2,77	0,72	,000	0,55	1038	2,89	0,66	,000	0,59
	EMS	298	3,57	0,89			151	3,68	0,88		
Aceptación percibida padre	ASO	1565	4,00	0,82	,000	0,51	1033	4,11	0,75	,000	0,56
	EMS	292	3,15	1,03			147	3,21	1,02		
Falta aceptación parental percibida	ASO	1523	3,61	1,04	,000	0,34	1005	3,76	1,04	,000	0,52
	EMS	298	2,58	0,86			151	2,63	0,91		
Reevaluación positiva	ASO	1569	2,33	0,85	,000	0,29	1034	2,37	0,83	,000	0,3
	EMS	299	3,44	1,17			151	3,74	1,21		
Solución de problemas	ASO	1566	3,78	1,13	,000	0,29	1029	4,12	1,12	,000	0,33
	EMS	299	3,56	1,00			151	3,89	1,00		
	ASO	1567	3,80	1,00	,000	0,24	1029	4,17	0,95	,000	0,29

Mediación de la relación atracción sexual-riesgo suicida

Evitación emocional	EMS	299	3,99	1,17			151	3,77	1,04		
	ASO	1565	3,80	1,08	,070	0,17	1029	3,77	1,03	,950	0
Evitación cognitiva	EMS	299	3,56	1,08			150	3,65	0,95		
	ASO	1563	3,59	1,11	,650	0,27	1025	3,82	1,08	,060	0,15
Bullying	EMS	298	1,21	0,83			151	1,48	0,92		
	ASO	1567	0,88	0,68	,000	0,46	1032	0,97	0,75	,000	0,65
Eventos estresantes	EMS	299	0,35	0,34			152	0,32	0,31		
	ASO	1570	0,26	0,30	,000	0,29	1037	0,21	0,28	,000	0,38

Fuente: Elaboración propia: ASO: Atracción por el sexo opuesto. EMS: Estatus de minoría sexual

Para dar respuesta al objetivo específico cinco, a continuación, se muestran los resultados de los cinco modelos que permitieron evidenciar las variables mediadoras propuestas a partir del modelo integrador del estrés minoritario.

Modelo 1

Mediación de la Falta Apoyo Parental, Bullying y Depresión sobre la relación entre Atracción Sexual y Riesgo de Suicidio.

Los índices de ajuste para este modelo son excelentes tanto en hombres (N= 1045; $\chi^2=301.99$; $p=0,000$; $gl=200$; $CFI=0,98$; $RMSEA=0,022$, $IC90\%$ (0,017-0,027); $SRMR=0,03$; $TLI=0,98$; $\chi^2/gl = 1,50$; $ECVI= 0,39$) como en mujeres (N= 1653; $\chi^2= 613.87$;

$p=0,000$; $g1=200$; $CFI=0,97$; $RMSEA=0,035$, $IC90\%$ (0.032-0.039); $SRMR=0,04$; $TLI=0,96$; $\chi^2/g1=3,06$; $ECVI=0,43$) e indican que el modelo propuesto se ajusta bastante bien a los datos observados.

Como se observa en la Tabla 12, el bullying influyó de manera directa y significativa (*path i*) sobre el riesgo de suicidio tanto en hombres ($\beta=0,12$; $Z=3,43$; $p=0,000$) como en mujeres ($\beta=0,10$; $Z=3,69$; $p=0,000$). Seguidamente, dado el signo de beta, más alta experiencia de bullying fue reportada en los jóvenes con EMS (*path f*), en comparación con los jóvenes con ASO ($\beta=0,14$; $Z=5,28$; $p=0,000$). Por el contrario, la falta de aceptación parental, no ejerció una influencia directa ni significativa sobre el riesgo de suicidio ni en hombres ($\beta = -0,01$; $Z= -0,27$; $p=0,78$) ni en mujeres ($\beta = 0,01$; $Z= 0,27$; $p=0,78$). No obstante, los jóvenes con EMS percibieron falta de aceptación parental en mayor grado, que los jóvenes con ASO (*path a*). Igual ocurrió en mujeres con EMS, quienes puntuaron más alto en falta de aceptación parental percibida en comparación con mujeres con ASO. A su vez, los síntomas depresivos afectaron de manera directa y significativa sobre el riesgo de suicidio (*path e*) en los hombres y mujeres, con mayor impacto en las mujeres.

Tabla 12

Efectos directos de la Falta de Aceptación Parental Percibida, Bullying y Depresión en jóvenes escolarizados colombianos

	Path	B		Error		Z		p		β	
		H	M	H	M	H	M	H	M	H	M
Riesgo de suicidio											
Depresión	e	0,60	0,71	0,05	0,04	10,57	14,77	0,00	0,00	0,56	0,62
Falta de apoyo parental	h	-0,01	0,01	0,04	0,03	-0,27	0,27	0,78	0,78	-0,01	0,00
Bullying	i	0,12	0,10	0,03	0,02	3,43	3,69	0,00	0,00	0,10	0,07
Atracción sexual	d	0,17	0,07	0,05	0,03	3,04	2,09	0,00	0,03	0,12	0,05
Depresión											
Falta de apoyo parental	j	0,40	0,42	0,03	0,02	11,46	14,81	0,00	0,00	0,33	0,35
Bullying	c	0,40	0,34	0,02	0,02	14,84	16,79	0,00	0,00	0,35	0,30
Atracción sexual	g	0,10	0,09	0,03	0,02	2,69	3,43	0,00	0,00	0,08	0,08

Falta de apoyo parental											
Atracción sexual	a	0,16	0,12	0,03	0,02	5,08	5,09	0,00	0,00	0,16	0,12
Bullying											
Falta de apoyo parental	b	0,38	0,33	0,02	0,01	17,21	20,00	0,00	0,00	0,35	0,31
Atracción sexual	f	0,15	0,06	0,03	0,01	5,28	3,43	0,00	0,00	0,14	0,06

Fuente: Elaboración propia. H= Hombres; M; Mujeres

Seguidamente, el efecto de la atracción sexual sobre los niveles de síntomas depresivos en los hombres y mujeres ($\beta=0,08$; $Z=-3,43$; $p=0,001$ versus $\beta=0,08$; $Z=2,69$; $p=0,002$) fue similar, pero de acuerdo con el signo del coeficiente β , fueron los y las jóvenes con EMS quienes reportaron mayores síntomas depresivos en comparación con hombres y mujeres con ASO. Interesantemente, al observar el efecto de la atracción sexual sobre el bullying en la Tabla 12, las mujeres reportaron menos niveles de afectación por bullying ($\beta=0,06$; $Z=3,43$; $p=0,001$) en comparación con los hombres ($\beta=0,14$; $Z=5,28$; $p=0,000$), lo que sugiere que el problema del bullying en los hombres podría estar explicado en parte por su atracción sexual por el mismo sexo. Este modelo explicó el 43% de la varianza del riesgo de suicidio en hombres y el 46% de varianza en mujeres.

Tabla 13

Efectos indirectos de la Falta de Aceptación Parental, Bullying y Depresión sobre la relación entre Atracción Sexual y Riesgo de Suicidio en jóvenes escolarizados colombianos.

Efectos	B		Error		Z		p		β	
	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M
Directo										
e	0.17	0.07	0.05	0.03	3.04	2.09	0.00	0.03	0.12	0.05
Indirectos										

Mediación de la relación atracción sexual-riesgo suicida

Ind1 (a*b*c*d)	0.01	0.01	0.003	0.00	4.41	4.59	0.00	0.00	0.01	0.00
Ind2 (a*h)	-0.002	0.00	0.008	0.00	-0.27	0.27	0.78	0.78	0.00	-0.002
Ind3 (f*i)	0.02	0.00	0.00	0.00	3.06	2.58	0.00	0.01	0.01	0.00
Ind4 (g*d)	0.06	0.07	0.02	0.02	2.68	3.37	0.00	0.00	0.04	0.05
Total										
e + \sum (indirectos)	0.26	0.16	0.05	0.03	4.68	4.69	0.00	0.00	0.19	0.12

Fuente: Elaboración propia. H= Hombres; M; Mujeres

Los resultados presentados en la Tabla 13 indican que, la falta de aceptación parental percibida, el bullying y los síntomas depresivos, influyen conjuntamente de modo indirecto y serial en la relación entre la atracción sexual y el riesgo de suicidio ($\beta= 0.01$, $z=4,41$; $p=0.000$). Esto implica que la falta de aceptación parental percibida, el bullying y los síntomas depresivos son mediadores conjuntos de la relación entre atracción sexual y riesgo de suicidio, siendo más fuerte la influencia mediada de los síntomas depresivos ($\beta= 0.04$ en hombres y $\beta= 0.05$ en mujeres). Asimismo, la sumatoria de los efectos indirectos involucrados explicaron el 34% del efecto total en hombres y el 42% del efecto total en mujeres. Figura 11 resume los efectos directos e indirectos planteados en este modelo.

Acorde a nuestra hipótesis, se encontró que hay un efecto indirecto estadísticamente significativo (f*i) en el cual el bullying medió en la relación entre atracción sexual y riesgo de suicidio en hombres ($\beta= 0.015$, $z=3,06$; $p=0.002$) y en mujeres ($\beta= 0.005$, $z=2,58$; $p=0.010$). Por el contrario, la falta de aceptación parental percibida no medió la relación entre la atracción sexual y el riesgo de suicidio ni en hombres ni en mujeres ($\beta= -0.002$, $z=0,27$; $p=0.78$). Con respecto al papel mediador de la falta de aceptación parental percibida, el bullying y los síntomas depresivos (path a*b*c*d), a pesar de que el efecto es bastante pequeño, es preciso afirmar que la relación entre la atracción sexual y el riesgo de suicidio puede ser explicada a través de la falta de aceptación parental percibida, la que genera mayor propensión al bullying y por esta vía a experimentar síntomas depresivos y por ende mayor riesgo de suicidio.

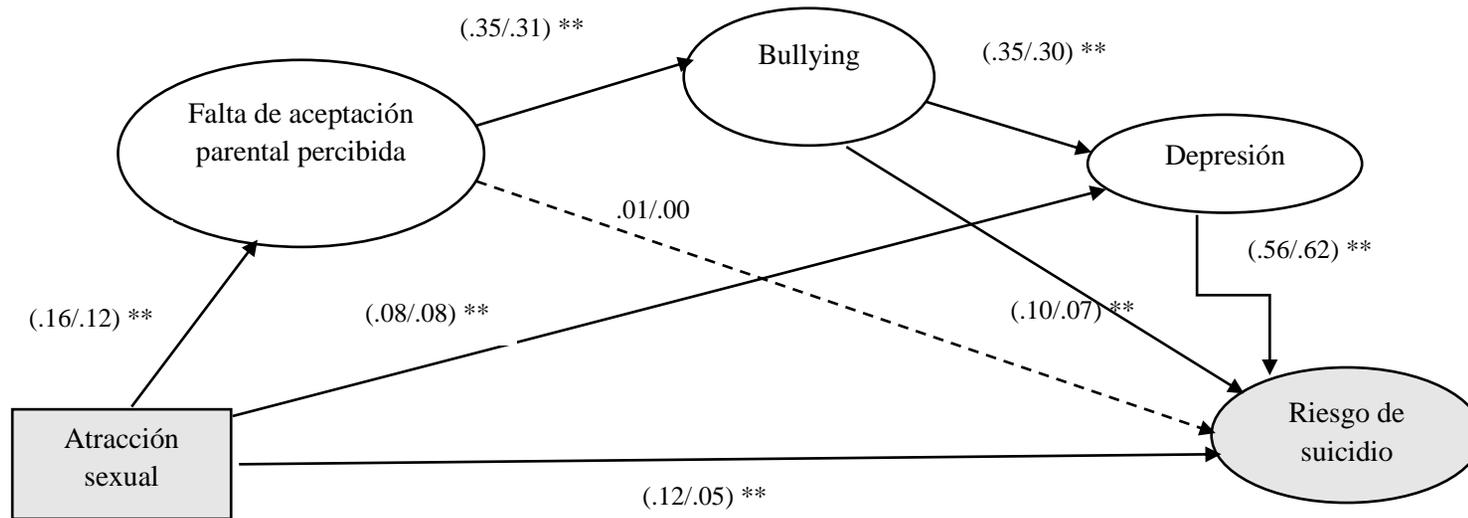


Figura 11. Efectos directos del modelo de mediación de la falta de aceptación parental percibida, bullying y síntomas depresivos. Línea a trazos= Efecto no significativo. Flecha continua= Efecto significativo. $\beta_{\text{Hombre}} / \beta_{\text{Mujer}}^{**} p < .05$.

Los resultados en este modelo pueden ser resumidos así: el alto riesgo de suicidio en jóvenes con EMS, tanto en hombres como en mujeres, pueden ser explicados por la falta de aceptación parental y por el excesivo bullying en el contexto escolar que les generó mayor depresión y por esa vía mayor ideación e intento de suicidio. Adicionalmente, controlando por edad, sector educativo y convivencia o no con padres y hermanos, no se encontró afectación de dichas variables sociodemográficas sobre los efectos directos e indirectos anteriormente descritos. Tampoco el ajuste del modelo varió sustancialmente ($\chi^2=1174$; $gl=520$; $p=0,000$; $CFI=0,97$; $RMSEA=0,03$; $SRMR=0,04$; $TLI=0,97$; $\chi^2/gl = 2,25$; $ECVI= 0,56$). Por último, la relación directa entre atracción sexual y riesgo de

suicidio dejó de ser significativa tanto en hombres como en mujeres, lo que convierte este resultado en *mediación completa* de la falta de aceptación parental, el bullying y la depresión sobre la relación entre atracción sexual y riesgo de suicidio.

Finalmente, es importante anotar que la variable *aceptación percibida de la madre* se comportó como un mediador de la relación entre la atracción sexual y el riesgo de suicidio, tanto en hombres ($\beta = 0.06$, $z=6,82$; $p=0.000$) como en mujeres ($\beta = 0.05$, $z=7,88$; $p=0.000$), inclusive, cuando se controló por síntomas depresivos, la mediación conjunta de aceptación percibida de madre y síntomas depresivos se mantuvo ($\beta = 0.04$, $z=7,11$; $p=0.00$). El ajuste de este modelo fue muy bueno, tanto en hombres ($N= 1007$; $\chi^2=298.33$; $p=0,000$; $gl=130$; $CFI=0,98$; $RMSEA=0,034$, $IC90\%$ (0,029-0,039); $SRMR=0,04$; $TLI=0,98$; $\chi^2/gl = 2,29$; $ECVI= 0,34$) como en mujeres ($N= 1724$; $\chi^2 = 404.82$; $p=0,000$; $gl=130$; $CFI=0,98$; $RMSEA=0,035$, $IC90\%$ (0.031-0.039); $SRMR=0,04$; $TLI=0,98$; $\chi^2/gl = 3,11$; $ECVI= 0,28$) Asimismo, al controlar por síntomas depresivos, todos los efectos directos sobre el riesgo de suicidio se mantuvieron significativos, así como los efectos indirectos. No ocurrió lo mismo con la variable apoyo percibido del padre y falta de apoyo parental, los cuales por sí solos no logran mediar la relación entre atracción sexual y riesgo de suicidio. A pesar de esto, aceptación percibida del padre logró mediar conjuntamente con síntomas depresivos la relación entre la atracción sexual y el riesgo de suicidio. Algo similar ocurrió con falta de aceptación parental, la cual en combinación con síntomas depresivos sí median entre la atracción sexual y el riesgo de suicidio. El modelo de aceptación materna percibida y síntomas depresivos explicó el 49% de la varianza de la variable riesgo de suicidio en hombres y en mujeres explicó el 46% de la varianza del riesgo de suicidio en mujeres.

Modelo 2

Mediación de la Espiritualidad y la Desesperanza sobre la relación entre Atracción Sexual y Riesgo de Suicidio.

Primeramente, el modelo teórico propuesto arrojó buen ajuste en cada uno de los principales índices, tanto en hombres ($N=1114$; $X^2 = 394.25$; $gl=319$; $p=0,003$; $CFI=0,98$; $RMSEA=0,015$, $IC90\%$ (0.009-0.019); $AGFI=1,0$; $SRMR=0,03$; $TLI=0,98$; $X^2/gl=1,23$; $ECVI=0,46$ como en mujeres ($N= 1740$; $X^2 = 583.38$; $gl=319$; $p=0,000$; $CFI=0,98$; $RMSEA=0,022$, $IC90\%$ (0.019-0.025); $AGFI=0,99$; $SRMR=0,03$; $TLI=0,97$; $X^2/gl=1,82$; $ECVI=0,40$ significando que el modelo es estadísticamente consistente.

De acuerdo con los resultados de la Tabla 14, la espiritualidad en los jóvenes se asoció de manera inversa con atracción sexual en hombres ($\beta=-0.107$, $z=-3,89$; $p=0.000$) y en mujeres ($\beta=-0.15$, $z=6,13$; $p=0.000$), lo que significa que hombres con EMS reportaron menos espiritualidad en comparación con hombres con ASO. Análogamente, mujeres con EMS también reportaron menores niveles de espiritualidad en comparación con mujeres con ASO. Similarmente, hubo un efecto inverso y significativo de la espiritualidad sobre la desesperanza, el cual fue muy similar en hombres ($\beta= -0.24$, $z=15,0$; $p=0.000$) y en mujeres ($\beta= -0.25$, $z=20,0$; $p=0.000$), lo que significa que, a mayor nivel de espiritualidad, decrecen los niveles de desesperanza. Seguidamente, mayores niveles de desesperanza se asociaron con mayor riesgo de suicidio en hombres ($\beta= 0.41$; $z=15,14$; $p=0.000$) y en mujeres ($\beta= 0.43$; $z=23,72$; $p=0.000$). Los hombres con EMS reportaron mayores niveles de desesperanza ($\beta= 0.15$; $z=6,59$; $p=0.000$) que las mujeres con EMS ($\beta= 0.10$; $z=5,78$; $p=0.000$).

Tabla 14

Efectos Directos de la Espiritualidad y la Desesperanza sobre el Riesgo Suicida en jóvenes escolarizados colombianos

	Path	B		Error		Z		p		β	
		H	M	H	M	H	M	H	M	H	M
Riesgo de suicidio											
Desesperanza	c	0,45	0,46	0,03	0,02	15,14	23,72	0,00	0,00	0,41	0,43
Espiritualidad	f	-0,02	0,04	0,02	0,02	-0,88	2,07	0,37	0,03	-0,02	0,04
Atracción sexual	d	0,25	0,11	0,05	0,02	4,87	4,04	0,00	0,00	0,21	0,10
Desesperanza											
Espiritualidad	b	-0,25	-0,26	0,01	0,01	-15,00	-19,97	0,00	0,00	-0,24	-0,25
Atracción sexual	e	0,18	0,10	0,02	0,01	6,59	5,78	0,00	0,00	0,17	0,10
Espiritualidad											
Atracción sexual	a	-0,10	-0,15	0,02	0,02	3,89	6,13	0,00	0,00	-0,10	-0,15

Fuente: Elaboración propia. H= Hombres; M=Mujeres.

Para el caso de desesperanza, mujeres con EMS también reportaron mayor desesperanza ($\beta = -.10$, $z=5,78$; $p=0.000$) en comparación con mujeres con ASO. Llama la atención que la desesperanza, una vez controlando por atracción sexual y espiritualidad, ejerció un efecto más fuerte sobre el riesgo de suicidio ($\beta = .41$, $z=6,59$; $p=0.000$) en comparación con la espiritualidad ($\beta = .17$; $z = -0,02$; $p=0.37$). Este mayor efecto de la desesperanza sobre el riesgo de suicidio, se encontró tanto en hombres como en mujeres. No obstante, en mujeres, la espiritualidad logra tener un efecto directo y significativo ($\beta = .04$, $z=2,07$; $p=0.038$) sobre el riesgo de suicidio, el cual no se encontró en los hombres ($p>0.05$).

Como se aprecia en la tabla 15, hay un efecto indirecto positivo y significativo (path $a*b*c$) entre la atracción sexual y el riesgo de suicidio, lo que señala que la espiritualidad y la desesperanza en conjunto son mediadores de la relación entre la atracción sexual y el riesgo de suicidio. Por su parte, la desesperanza también logró mediar dicha relación (path $e*c$) mientras que la espiritualidad perdió su efecto sobre el riesgo de suicidio una vez controlando por la desesperanza (path $a*f$). Este modelo explicó sólo el 26% de la varianza de riesgo de suicidio en hombres y 20% en mujeres.

Tabla 15

Efectos indirectos, directo y total de la Espiritualidad y la Desesperanza sobre la relación entre Atracción Sexual y Riesgo de Suicidio en jóvenes escolarizados colombianos

Efectos	B		Error		Z		p		β	
	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M
Directo										
d	0.25	0.11	0.05	0.02	4.87	4.04	0.00	0.00	0.21	0.10
Indirectos										
Ind1 (a*f)	0.003	-0,007	0.00	0.00	0.91	-1.89	0.36	0.05	0.002	-0.006
Ind2 (e*c)	0.08	0.05	0.01	0.00	6.63	5.77	0.00	0.00	0.07	0.04
Ind3 (a*b*c)	0.01	0.02	0.00	0.00	5.97	5.97	0.00	0.00	0.02	0.01
Total										

d + Σ (indirectos)	0.35	0.17	0.05	0.02	6.32	6.03	0.00	0.00	0.30	0.16
---------------------------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------

Fuente: Elaboración propia. H= Hombres; M=Mujeres.

Estos resultados van en la dirección de la hipótesis planteada, en la cual se preveía que la espiritualidad y la desesperanza fueran mediadores entre atracción sexual y riesgo de suicidio. Una vez controlando el modelo explicativo por la edad, sector educativo y convivencia o no con padres y hermanos, los efectos directos e indirectos anteriormente reportados se mantuvieron inalterados y el ajuste del modelo varió ligeramente con respecto al ajuste inicial $X^2 = 1457$; $gl=788$; $p=0,000$; $CFI=0,96$; $RMSEA=0,024$; $AGFI=0,99$; $SRMR=0,038$; $TLI=0,96$; $X^2/gl=1,84$; $ECVI=0,65$. No obstante, únicamente en los hombres, la edad ejerció un efecto positivo y significativo sobre el riesgo de suicidio, indicando que a mayor edad, mayor es el riesgo de suicidio ($\beta=0,07$; $z= 2,11$; $p=0,034$). Del mismo modo, en aquellos jóvenes que reportaron no convivir con padres y hermanos, se encontraron mayores niveles de riesgo de suicidio ($\beta=-0,06$; $z= 2,40$; $p=0,016$). A pesar de controlar por variables como la desesperanza y variables sociodemográficas, la relación directa entre atracción sexual y riesgo de suicidio continuó siendo significativa, lo que convierte la mediación conjunta de la espiritualidad y la desesperanza en *mediación parcial*, implicando que hay otras variables que intervienen en la explicación de esta relación. Por último, la sumatoria de los efectos indirectos logró explicar el 31% de la varianza del efecto total en hombres, mientras que en mujeres explicó el 27% del efecto total. Figura 12 resume los efectos directos planteados en este modelo, tanto en hombres como en mujeres.

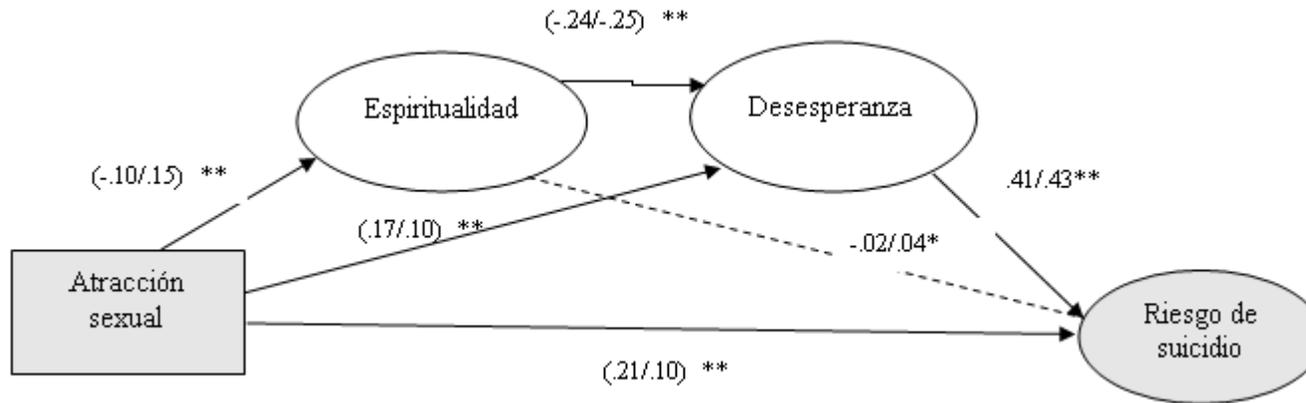


Figura 12. Efectos directos e indirectos del modelo de mediación de la espiritualidad y la desesperanza. Notas: Línea a trazos= Efecto no significativo, Flecha continua= Efecto significativo. $\beta_{\text{Hombre}} / \beta_{\text{Mujer}} ** p < .05$

Modelo 3

Mediación del Estrés, la Desesperanza y la Impulsividad sobre la relación entre atracción sexual y riesgo de suicidio.

El ajuste del modelo hipotetizado fue muy bueno, tanto en hombres ($N= 1073$; $X^2 = 966.82$; $gl=621$; $p=0,000$; $CFI=0,96$; $RMSEA=0,023$, $IC90\%$ (0.020-0.026); $AGFI=1,0$; $SRMR=0,04$; $TLI=0,96$; $X^2/gl=1,55$; $ECVI=1,05$ como en mujeres ($N=1666$; $X^2 = 1509.58$; $gl=621$; $p=0,000$; $CFI=0,95$; $RMSEA=0,029$, $IC90\%$ (0.027-0.031); $AGFI=0,99$; $SRMR=0,04$; $TLI=0,94$; $X^2/gl=2,43$; $ECVI=1,0$, lo que permite afirmar que el modelo es consistente estadísticamente.

La tabla 16 muestra el efecto directo del estrés sobre el riesgo de suicidio en hombres ($\beta= 0.17$, $z=4,09$; $p=0.000$), asimismo, un efecto directo fue encontrado de los eventos estresantes sobre la desesperanza ($\beta= 0.31$, $z=11,36$; $p=0.000$), indicando que entre

mayor es la experiencia de estrés, mayor es la desesperanza y el riesgo de suicidio. Interpretando el signo de β en el path a, hombres con EMS experimentaron mayor nivel de eventos estresantes que los hombres con ASO ($\beta= 0.27, z=5,09; p=0.000$). Para el caso de las mujeres con EMS, ellas tuvieron mayores niveles de eventos estresantes en comparación con mujeres con ASO ($\beta=0.14, z=-4,50; p=0.000$). Al comparar hombres y mujeres en general, los primeros reportaron más afectación por eventos estresantes ($\beta=0.27, z=-5,09; p=0.000$) en comparación con las mujeres ($\beta=0.14, z=-4,51; p=0.000$).

En este modelo también se aprecia un efecto significativo de la desesperanza sobre la impulsividad, similar en hombres ($\beta=0.38, z=-24,51; p=0.000$) y en mujeres ($\beta=0.35, z=31,08; p=0.000$); a su vez, la impulsividad ejerció un efecto importante sobre el riesgo de suicidio, el cual fue igual en hombres y en mujeres. Este modelo explicó el 32% de la varianza en hombres y el 30% en mujeres.

Tabla 16

Efectos Directos del Estrés, la Desesperanza y la impulsividad sobre el Riesgo Suicida en jóvenes escolarizados colombianos

	Path	B		Error		Z		P		β		
		H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	
Riesgo de suicidio												
Impulsividad	d	0,19	0,18	0,02	0,02	6,85	9,28	0,00	0,00	0,17	0,17	
Atracción sexual	e	0,21	0,06	0,06	0,03	3,52	2,10	0,00	0,03	0,17	0,05	
Eventos												
Estresantes	h	0,20	0,32	0,05	0,03	4,09	9,72	0,00	0,00	0,17	0,27	
Desesperanza	i	0,35	0,35	0,03	0,02	10,03	16,04	0,00	0,00	0,30	0,30	
Desesperanza												
Eventos												
Estresantes	b	0,33	0,22	0,02	0,01	11,36	13,58	0,00	0,00	0,31	0,21	
Atracción sexual	f	0,12	0,11	0,03	0,02	3,68	5,59	0,00	0,00	0,11	0,11	

Impulsividad

Mediación de la relación atracción sexual-riesgo suicida

	Desesperanza	c	0,40	0,37	0,01	0,01	24,69	31,08	0,00	0,00	0,38	0,35
	Atracción sexual	g	0,14	0,12	0,03	0,02	4,68	5,15	0,00	0,00	0,13	0,11
Eventos estresantes												
	Atracción sexual	a	0,28	0,14	0,05	0,03	5,09	4,51	0,00	0,00	0,27	0,14

Fuente: Elaboración propia. H= Hombres; M=Mujeres

La tabla 17 señala que existe un efecto indirecto muy bajo pero significativo de la atracción sexual a través del estrés, la desesperanza y la impulsividad sobre el riesgo de suicidio ($\beta= 0.006$, $z=4,19$; $p=0.000$). Esto implica que las tres variables están actuando en conjunto como mediadoras de la relación entre atracción sexual y riesgo de suicidio. A su vez, estrés, desesperanza e impulsividad mediaron de manera independiente y significativa en dicha relación y por tanto es preciso afirmar que las tres variables ejercen un efecto directo sobre el riesgo de suicidio e indirecto sobre la relación entre atracción sexual y riesgo de suicidio. La sumatoria de los efectos indirectos explicaron el 35% del efecto total en hombres y el 60% del efecto total en mujeres. La figura 12 resume los efectos directos e indirectos planteados en este modelo.

Tabla 17

Efectos directo, indirectos y total del Estrés, Desesperanza e Impulsividad sobre la relación entre Atracción Sexual y Riesgo de Suicidio en jóvenes escolarizados colombianos

Efectos	B		Error		Z		p		β	
	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M
Directo										
e	0.21	0.06	0.06	0.03	3.52	2.11	0.00	0.03	0.16	0.05
Indirectos										
Ind1 (a*f)	0.04	0.01	0.01	0.00	3.13	3.08	0.00	0.00	0.03	0.01
Ind2 (h*i)	0.04	0.04	0.01	0.00	3.60	5.37	0.00	0.00	0.03	0.03
Ind3 (g*d)	0.03	0.06	0.01	0.01	3.26	6.16	0.00	0.00	0.03	0.05

Mediación de la relación atracción sexual-riesgo suicida

Ind4 (a*b*c*d)	0.007	0.002	0.00	0.00	4.19	4.20	0.00	0.00	0.00	0.00	
Total	<hr/>										
e + \sum (indirectos)	0.34	0.19	0.06	0.03	5.38	5.81	0.00	0.00	0.26	0.15	

Fuente: Elaboración propia. H= Hombres; M=Mujeres.

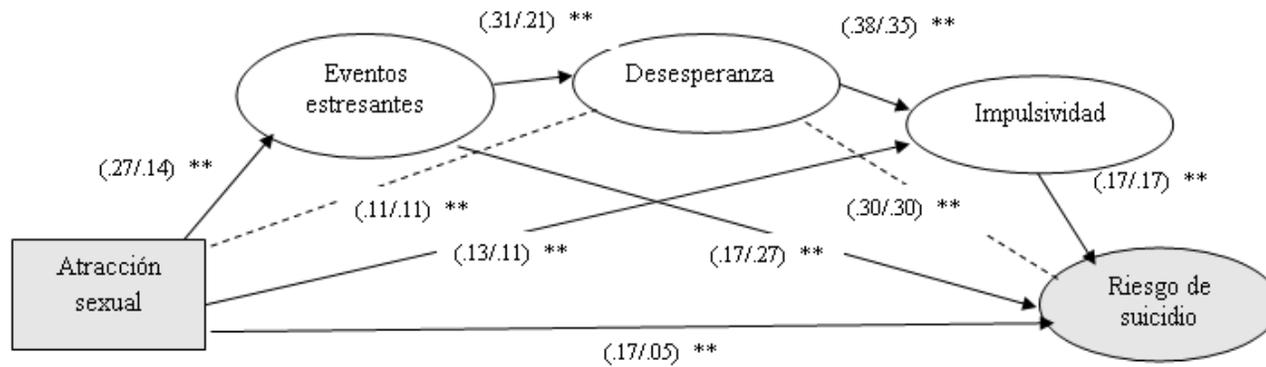


Figura 13. Efectos directos e indirectos del modelo de mediación del estrés, la desesperanza y la impulsividad. Notas: Flecha continua= Efecto significativo. $\beta_{\text{Hombre}} / \beta_{\text{Mujer}}$ ** $p < .05$

Una vez controlando los resultados del modelo por las variables sociodemográficas edad, sector educativo y convivencia o no con padres y hermanos, los efectos directos tanto en hombres como en mujeres variaron, conservando únicamente un efecto de la desesperanza sobre el riesgo de suicidio, mientras que los eventos estresantes y la impulsividad pierden su efecto sobre el riesgo de suicidio, no siendo significativos. Por su parte, los efectos indirectos de los eventos estresantes y la desesperanza sobre el riesgo de suicidio se mantuvieron significativos, mientras que el efecto indirecto de la impulsividad dejó de ser significativo. Por su parte, el

ajuste del modelo no varió sustancialmente, $X^2 = 2859$; $gl=1452$; $p=0,000$; $CFI=0,95$; $RMSEA=0,027$; $AGFI=0,99$; $SRMR=0,049$; $TLI=0,95$; $X^2/gl=1,96$; $ECVI=1,24$. Finalmente, una vez controlando por variables sociodemográficas, el efecto directo de la atracción sexual sobre el riesgo de suicidio fue no significativo tanto en hombres como en mujeres, lo que implica que para este modelo, la mediación del estrés, la desesperanza y la impulsividad fue *completa*.

En resumen, el modelo permite comprender que, tanto en hombres como en mujeres de minorías sexuales, altos niveles de riesgo de suicidio pueden ser explicados por mayores niveles de impulsividad, la que a su vez se incrementó por altos niveles de desesperanza y ésta se dio en presencia de una alta exposición a eventos estresantes como son, haber sido víctima de violencia psicológica, física y/o sexual.

Modelo 4

Mediación de los factores protectores, la desesperanza y la impulsividad sobre la relación entre atracción sexual y riesgo de suicidio.

El ajuste del modelo hipotetizado arrojado fue muy bueno, tanto en hombres ($N=1065$; $X^2 = 1031.10$; $gl=732$; $p=0,000$; $CFI=0,98$; $RMSEA=0,020$, $IC90\%$ (0.017-0.020); $AGFI=0,99$; $SRMR=0,04$; $TLI=0,98$; $X^2/gl=1,40$; $ECVI=1,13$, como en mujeres ($N=1664$; $X^2 = 1927.8$; $gl=732$; $p=0,000$; $CFI=0,96$; $RMSEA=0,031$, $IC90\%$ (0.030-0.033); $AGFI=0,99$; $SRMR=0,04$; $TLI=0,96$; $X^2/gl=2,63$; $ECVI=1,26$ lo que señala que el modelo planteado es estadísticamente consistente.

Los resultados de la Tabla 18 muestran que los factores protectores en los hombres tienen un efecto inverso y significativo sobre el riesgo de suicidio ($\beta= -0.19$, $z=2,61$; $p=0.009$). Es decir, entre mayores niveles de protección ante el suicidio maneje el estudiante, menos probable que experimente riesgo de suicidio. Asimismo, la impulsividad ejerció un efecto directo sobre el riesgo de suicidio ($\beta= 0.16$, $z=6,60$; $p=0.000$), aunque este efecto es inferior al que ejerce la desesperanza sobre el riesgo de suicidio en este modelo ($\beta= 0.21$, $z=2,78$; $p=0.005$).

Tabla 18

Efectos directos de los Factores Protectores sobre la Desesperanza, la Impulsividad y el Riesgo Suicida en jóvenes escolarizados colombianos

		Path	B		Error		Z		p		β	
			H	M	H	M	H	M	H	M	H	M
Riesgo de suicidio												
	Impulsividad	d	0,17	0,15	0,02	0,02	6,60	7,49	0,00	0,00	0,16	0,14
	Atracción sexual	e	0,22	0,05	0,05	0,03	4,25	1,92	0,00	0,05	0,19	0,04
	Factores Protectores	f	-0,22	-0,52	0,08	0,06	-2,61	-8,05	0,00	0,00	-0,19	-0,44
	Desesperanza	i	0,14	0,00	0,05	0,03	2,78	0,09	0,00	0,92	0,21	0,00
Desesperanza												
	Factores Protectores	b	-1,39	-1,37	0,08	0,06	-16,08	-22,9	0,00	0,00	-0,81	-0,81
	Atracción sexual	h	0,02	-0,03	0,05	0,03	0,54	-0,84	0,58	0,39	0,01	-0,01
Impulsividad												
	Desesperanza	c	0,26	0,26	0,01	0,01	18,27	25,03	0,00	0,00	0,41	0,41
	Atracción sexual	g	0,10	0,11	0,02	0,02	3,74	4,91	0,00	0,00	0,09	0,10
Factores protectores	Atracción sexual	a	-0,21	-0,19	0,03	0,02	-6,71	-7,43	0,00	0,00	-0,21	-0,19

Fuente: Elaboración propia. H= Hombres; M=Mujeres

La Tabla 18 muestra un efecto inverso y significativo de los factores de protección sobre el riesgo de suicidio ($\beta = -0.44$, $z = -8.04$; $p = 0.000$) y un efecto directo y significativo de la impulsividad ($\beta = 0.14$, $z = 7.49$; $p = 0.000$) sobre el riesgo de suicidio.

Seguidamente, el efecto de los factores de protección ante el suicidio fue más fuerte en mujeres que en hombres. Asimismo, los jóvenes con EMS reportaron menos factores de protección ante el suicidio que los jóvenes con ASO ($\beta = -0.21$, $z=6,71$; $p=0.000$) y a su vez, los jóvenes con EMS reportaron mayor impulsividad que los jóvenes con ASO ($\beta = 0.09$, $z=3,74$; $p=0.000$). En resumen, tanto en hombres como en mujeres con EMS, el modelo permite comprender que el origen de las mayores proporciones de riesgo de suicidio puede ser explicado por un déficit de los factores protectores y no por la atracción sexual per se. Este modelo explicó el 28% de la varianza del riesgo de suicidio en mujeres y el 30% de la varianza del riesgo de suicidio en hombres.

Tabla 19

Efectos indirectos, directo y total de los Factores protectores, la Desesperanza y la impulsividad sobre la relación entre Atracción Sexual y Riesgo de Suicidio en jóvenes escolarizados colombianos

Efecto	B		Error		Z		p		β	
	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M
Directo										
e	0.22	0.06	0.05	0.03	4.25	1.92	0.00	0.054	0.19	0.05
Indirectos										
Ind3 (a*b*c*d)	0.01	0.01	0.00	0.00	4.86	5.42	0.00	0.00	0.01	0.01
Ind4 (a*f)	0.05	0.10	0.02	0.01	2.58	5.59	0.01	0.00	0.04	0.08
Ind5 (h*i)	0.004	-0.00	0.00	0.00	0.56	-0.09	0.57	0.92	0.00	-0.00
Ind6 (g*d)	0.02	0.02	0.00	0.00	3.60	4.29	0.00	0.00	0.01	0.01
Total										
e + \sum (indirectos)	0.31	0.19	0.05	0.03	5.43	5.6	0.00	0.00	0.26	0.15

Fuente: Elaboración propia. H= Hombres; M=Mujeres

La tabla 19 señala que hubo un efecto indirecto y significativo, de los factores de protección, la desesperanza y la impulsividad sobre el riesgo de suicidio ($\beta = 0.016$, $z=3,60$; $p=0.000$). Aunque este efecto fue bajo, ayuda a ilustrar que las tres variables en conjunto

ejercen algún grado de influencia sobre el riesgo de suicidio. Igualmente, los factores de protección ejercieron un efecto significativo sobre la relación entre atracción sexual y riesgo de suicidio (path a*f) lo que convierte los factores de protección en mediador entre estas dos variables, controlando por desesperanza e impulsividad. Una situación similar se encontró para la impulsividad, la cual medió significativamente sobre la relación entre atracción sexual y riesgo de suicidio (path g*d). Sin embargo, la desesperanza no tuvo un papel mediador directo entre atracción sexual y riesgo de suicidio (path h*i). La figura 13 resume los efectos directos e indirectos establecidos para este modelo, tanto en hombres como en mujeres.

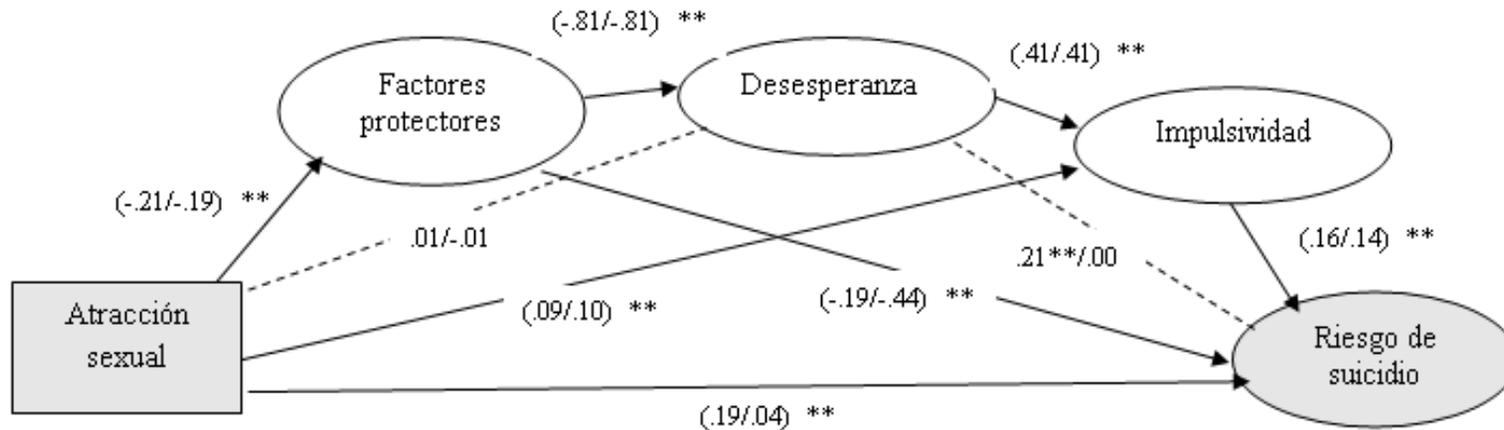


Figura 14. Efectos directos e indirectos del modelo de mediación de los factores protectores, la desesperanza y la impulsividad.

Notas: Línea a trazos= Efecto no significativo, Flecha continua= Efecto significativo. $\beta_{\text{Hombre}} / \beta_{\text{Mujer}}$ ** $p < .05$

Una vez se controló por variables sociodemográficas edad, sector educativo y convivencia o no con padres y hermanos, los efectos directos en los hombres se mantuvieron significativos, además, la edad ejerció un efecto significativo sobre el riesgo de suicidio en hombres ($\beta=0.08$; $Z=1,96$, $p=0.049$). Para el caso de las mujeres, el control de dichas variables anuló todos los efectos

directos de los factores protectores y de la impulsividad sobre el riesgo de suicidio ($p > 0,05$). No obstante, interesantemente, todos los efectos indirectos, los cuales son el principal interés del presente trabajo, se mantuvieron significativos, lo que indica que persisten los resultados ya presentados sobre la mediación de los factores protectores, la desesperanza y la impulsividad, por separado y simultáneamente. El ajuste del modelo tampoco varió sustancialmente, $X^2 = 3432$; $gl=1692$; $p=0,000$; $CFI=0,96$; $RMSEA=0,027$; $AGFI=0,99$; $SRMR=0,047$; $TLI=0,96$; $X^2/gl=2,02$; $ECVI=1,46$. Luego del control de variables sociodemográficas para este modelo, la mediación serial de los factores protectores, la desesperanza y la impulsividad en conjunto fue *mediado parcialmente*, debido a que la relación entre la atracción sexual y el riesgo de suicidio continuó siendo significativo, lo que implica que hay otras variables que deben estar influyendo en la relación entre atracción sexual y riesgo de suicidio. Finalmente, la sumatoria de los efectos indirectos explicó el 23% de la varianza del efecto total en hombres, mientras que en mujeres fue del 66%.

Modelo 5

Mediación de los eventos estresantes y el afrontamiento sobre la relación entre atracción sexual y riesgo de suicidio.

El ajuste del modelo hipotetizado fue muy bueno, lo que permite afirmar que el modelo es consistente estadísticamente. Los índices de ajuste en hombres fueron ($N= 1097$; $X^2 = 149,86$; $gl=99$; $p=0,000$; $CFI=0,99$; $RMSEA=0,022$, $IC90\%$ (0.014-0.028); $AGFI=0,99$; $SRMR=0,03$; $TLI=0,99$; $X^2/gl=1,51$; $ECVI=0,20$ y en mujeres ($N= 1738$; $X^2 = 179,56$; $gl=99$; $p=0,000$; $CFI=0,99$; $RMSEA=0,022$, $IC90\%$ (0.017-0.027); $AGFI=0,99$; $SRMR=0,03$; $TLI=0,99$; $X^2/gl=1,81$; $ECVI=0,14$).

La tabla 20 señala que se encontró un efecto directo de los eventos estresantes, e inverso de la resolución de problemas, sobre el riesgo de suicidio. Es importante resaltar que el efecto de los eventos estresantes sobre el riesgo de suicidio, fue ligeramente mayor en mujeres en comparación con hombres. Asimismo, tanto en hombres como en mujeres hubo un efecto inverso y significativo de los eventos estresantes sobre la resolución de problemas, indicando que, a mayor experimentación de eventos estresantes, se dio un

impacto negativo sobre la resolución de problemas. Este modelo explicó el 17% de la varianza del riesgo de suicidio en mujeres y el 16% de la varianza del riesgo de suicidio en hombres.

Tabla 20

Efectos directos, directo y total de los eventos estresantes sobre el Afrontamiento y el Riesgo Suicida en jóvenes escolarizados colombianos

	Path	B		Error		Z		p		β	
		H	M	H	M	H	M	H	M	H	M
Riesgo de suicidio											
Atracción sexual	c	0,22	0,14	0,04	0,03	4,83	4,80	0,00	0,00	0,20	0,13
Eventos estresantes	f	0,29	0,34	0,04	0,03	7,18	11,67	0,00	0,00	0,26	0,31
Solución de problemas	d	-0,17	-0,19	0,01	0,01	10,06	-14,99	0,00	0,00	-0,15	-0,18
Eventos estresantes											
Atracción sexual	e	0,11	0,09	0,03	0,02	3,02	3,31	0,00	0,00	0,11	0,09
Solución de problemas											
Eventos estresantes		-0,11	-0,10	0,01	0,01	-6,24	-7,84	0,00	0,00	-0,11	-0,10
Atracción sexual	a	-0,06	-0,09	0,01	0,01	-3,57	-6,08	0,00	0,00	-0,06	-0,08

Fuente: Elaboración propia. H= Hombres; M=Mujeres

Las mismas relaciones encontradas para la solución de problemas, también se encontraron para la reevaluación positiva, tanto en hombres como en mujeres. Sin embargo, al cambiar solución de problemas por evitación emocional en la figura 15, no se obtiene mediación de ésta estrategia de afrontamiento entre la atracción sexual y el riesgo de suicidio, pero sí de la evitación cognitiva.

Recíprocamente, la mediación conjunta de los eventos estresantes con la evitación emocional **sí** media la relación entre atracción sexual y el riesgo de suicidio, pero la mediación conjunta de los eventos estresantes con la evitación cognitiva **no** logra mediar dicha relación. En hombres, la atracción sexual tuvo un efecto positivo y directo sobre los eventos estresantes, indicando que los jóvenes con EMS experimentaron mayores niveles de eventos estresantes (Tabla 20). Como una consecuencia de lo anterior, hombres con EMS tuvieron niveles de resolución de problemas más pobres en comparación a hombres con los jóvenes con ASO. Estos mismos resultados se encontraron para mujeres con EMS.

La tabla 21 muestra un efecto indirecto y significativo tanto de los eventos estresantes (Ind2) como de la resolución de problemas (Ind3) entre la atracción sexual y el riesgo de suicidio. Asimismo, las dos variables en conjunto ejercen un efecto mediador sobre la relación entre la atracción sexual y el riesgo de suicidio (Ind1). Los hallazgos de este modelo se pueden resumir así: es muy probable que la mayor exposición a eventos estresantes, haga más vulnerables a los jóvenes con EMS, lo que puede deteriorar sus estrategias de afrontamiento, en particular sus recursos de resolución de problemas y la capacidad para reevaluar sus problemas. Esta desventaja explica que ellos(as) reporten un mayor grado de riesgo de suicidio.

Tabla 21

Efectos indirectos, directo y total de los Eventos Estresantes y el Afrontamiento sobre la relación entre Atracción Sexual y Riesgo de Suicidio en jóvenes escolarizados colombianos

Efectos	B		Error		Z		p		β	
	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M
Directo										
d	0.22	0.14	0.04	0.03	4.83	4.80	0.00	0.00	0.20	0.13
Indirectos										
Ind1 (a*b*c)	0.002	0.00	0.00	0.00	2.81	3.25	0.00	0.00	0.002	0.00
Ind2 (e*f)	0.03	0.03	0.01	0.01	2.99	3.28	0.00	0.00	0.03	0.03

Mediación de la relación atracción sexual-riesgo suicida

Ind3 (e*c)	0.01	0.02	0.00	0.00	3.58	5.92	0.00	0.00	0.01	0.01
Total	<hr/>									
d + \sum (indirectos)	0.27	0.19	0.04	0.03	5.75	6.35	0.00	0.00	0.24	0.18

Fuente: Elaboración propia. H= Hombres; M=Mujeres.

La sumatoria de los efectos indirectos en este modelo explicaron el 17% del efecto total en hombres, mientras que en mujeres explicó el 22% del efecto total. La figura 15 resume los efectos directos e indirectos planteados en este modelo tanto en hombres como en mujeres.

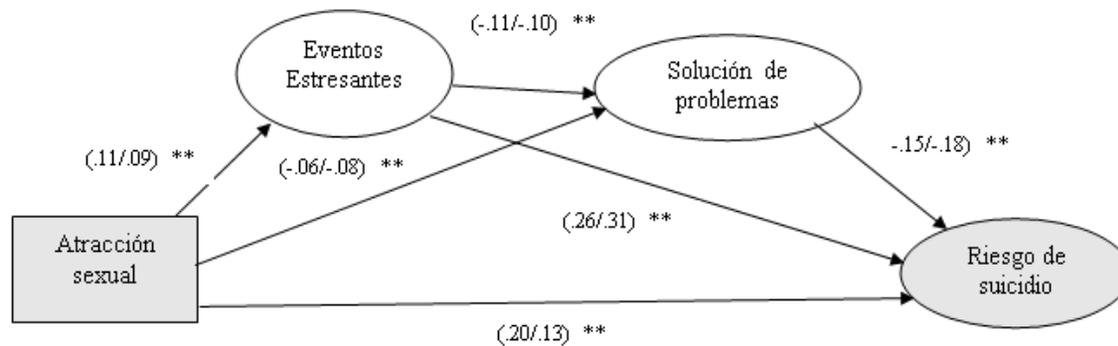


Figura 15. Efectos directos e indirectos del modelo de mediación del estrés y el afrontamiento. Notas: Flecha continua= Efecto significativo. $\beta_{\text{Hombre}} / \beta_{\text{Mujer}} ** p < .05$

Una vez controlando la variable riesgo de suicidio por las citadas variables sociodemográficas, los efectos directos de los eventos estresantes y la resolución de problemas tanto en hombres como en mujeres se mantuvieron significativos. No obstante, la edad ejerció un efecto estadísticamente significativo en los hombres, de tal forma que, a mayor edad, mayor es el riesgo de suicidio ($\beta=0,11$; $z=3,10$; $p=0,002$). Del mismo modo, en los hombres, la no convivencia con padres y hermanos, ejerció un efecto inverso y significativo en el riesgo de suicidio, siendo mayor el riesgo de suicidio en aquellos hombres que no conviven con sus padres y hermanos. Los efectos indirectos de los eventos estresantes y la resolución de problemas se mantuvieron inalterados al controlar por variables sociodemográficas, lo que mantiene los hallazgos sobre la mediación de estas dos variables sobre el riesgo de suicidio, tanto por separado como de manera conjunta. El ajuste del modelo no varió sustancialmente $X^2 = 598$; $gl=282$; $p=0,000$; $CFI=0,98$; $RMSEA=0,028$; $AGFI=0,99$; $SRMR=0,033$; $TLI=0,98$; $X^2/gl=2,12$; $ECVI=0,30$.

Sin embargo, cuando se controla por síntomas depresivos, persiste significativo el efecto de los eventos estresantes, pero el efecto indirecto del afrontamiento se desvanece, lo que sugiere que en población altamente afectada por la depresión deberá realizarse un análisis por separado de sus estrategias de afrontamiento. Por último, es preciso anotar que la mediación conjunta del estrés y el afrontamiento sobre la relación entre atracción sexual y riesgo de suicidio fue parcial, ya que, luego de controlar por variables sociodemográficas, la relación entre atracción sexual y riesgo de suicidio siguió siendo significativa, lo que implica que existen otras variables que están influyendo en dicha relación.

Teniendo en cuenta el coeficiente de determinación R^2 , luego de haber controlado por los desenlaces de salud mental como depresión, desesperanza y/o impulsividad, de los cinco modelos anteriores, el mejor modelo, aquel que explicó el porcentaje de varianza más alto, es el modelo aceptación percibida de la madre con síntomas depresivos ($0.46 < R^2 < 0.49$) que incluye los mediadores aceptación percibida de la madre y síntomas depresivos, seguido del modelo que incluye el bullying y los síntomas depresivos ($0.43 < R^2 < 0.46$) y en tercer lugar el modelo compuesto por los mediadores: eventos estresantes, desesperanza y la impulsividad ($0.30 < R^2 < 0.32$).

Capítulo 8. Discusión

La presente investigación tuvo por objetivo principal, identificar variables mediadoras contextuales e individuales de la relación entre atracción sexual y riesgo de suicidio. A continuación, se discute sobre los principales hallazgos descriptivos, seguido por la relación entre atracción sexual y riesgo de suicidio, tanto en hombres como en mujeres. Se contrastan los hallazgos de las relaciones entre cada una de las variables individuales y contextuales en jóvenes con atracción por el mismo sexo EMS versus jóvenes con ASO. Posteriormente se discute sobre los hallazgos de cada uno de los cinco modelos de mediación a la luz de la literatura revisada y se presentan posibles vías explicativas de los hallazgos contrarios a las hipótesis planteadas. Se presenta las principales conclusiones y aportaciones del presente estudio a manera de aportación de nuevo conocimiento. Finalizo con las fortalezas y debilidades del presente estudio y las recomendaciones para futuras investigaciones.

Para el caso de variables demográficas, se obtuvieron diferencias significativas en riesgo de suicidio según sexo, estos hallazgos son coincidentes con los reportes del metanálisis de Marshal (2011), Husky, Guignard, Beck, Michel (2013), CES, UNODOC y Ministerio de Protección Social, Colombia (2010). Por su parte, con relación a edad, no se encontraron diferencias significativas en riesgo de suicidio en mujeres, pero, sorprendentemente, en hombres sí, siendo mayor el riesgo de suicidio a mayor edad. Los hallazgos de este estudio son coincidentes con las cifras de Medicina Legal (2018) los cuales reportan mayor tasa de suicidios en hombres en el rango etario de 20 a 24 años. Por tanto, se debe prestar especial atención a este dato por parte de diseñadores de programas de prevención y de intervención y en políticas públicas que hagan énfasis en programas con enfoque diferencial por sexo y edad. Este hallazgo también es consecuente con la hipótesis de continuidad del suicidio Egmond y Diekstra (1989) y el trabajo de Villardón Gallego, 1993, p. 32), en el sentido que a mayor tasa de suicidios en hombres se esperaría mayor nivel de riesgo, lo que coincide con mayor significancia clínica en ideación, comunicación e intento de suicidio en hombres en el presente estudio.

Con respecto a nivel socioeconómico, en el presente estudio no se encontró relación con el riesgo de suicidio, este hallazgo no coincide con lo reportado por Evans, Hawton y Rodham (2004) quienes en su revisión reportaron citas sobre la relación entre estas dos variables. Es muy probable que esto se deba a que el auto reporte en los adolescentes es débil en el sentido que ellos

no ubican con claridad el estrato socioeconómico de su vivienda. La OMS (2014) también reporta que el 75% de los suicidios en el mundo ocurre en comunidades con ingresos socioeconómicos bajos, por lo que, en futuras investigaciones en adolescentes, este dato podría ser objetivamente obtenido de la institución educativa a la cual pertenecen los estudiantes y no por autoreporte del adolescente. En el presente estudio, la relación entre cohabitación (vivir con padres y hermanos o no) con su grupo familiar tuvo relación significativa con el riesgo de suicidio, pero únicamente en hombres. Hay evidencia al respecto que señala que vivir aparte de ambos padres incrementa el riesgo de suicidio (Kaltiala et al., 1999; Rey Gex et al., 1998). Esto podría explicarse por mayores dificultades de tolerar la soledad en hombres en comparación con mujeres. No obstante, no tenemos evidencia que respalde esta afirmación, por lo que futuras investigaciones podrían ponerla a prueba. Igualmente, no se encontró relación significativa entre el nivel educativo de los padres y el riesgo de suicidio, asociación que ha sido planteada previamente (Andrews & Lewinsohn, 1992; Dubow et al., 1989).

Por su parte, en el presente estudio, la pérdida de uno o ambos padres no se asoció con el riesgo de suicidio ni en hombres ni en mujeres. Este hallazgo es consecuente con lo encontrado por varios estudios (Eskin, 1995; Grossman et al., 1991; Madianos et al., 1993; Manson et al., 1989; Reinherz et al., 1995). No obstante, la asociación entre pérdida por muerte de uno o ambos padres y riesgo de suicidio, en especial de la madre, podría darse, pero en minorías sexuales, debido a que en los varones con atracción por el mismo sexo se ha observado que ellos tienen mejor relación con su madre que con su padre. En la presente investigación no se contó con número suficiente de hombres con pérdidas de uno o ambos padres, que permitiera evaluar esta relación. Ante esta insuficiencia de muestra, futuras investigaciones podrían poner a prueba esta hipótesis. Finalmente, en el interés por variables de índole sexual, no se encontró evidencia entre haber iniciado relaciones sexuales y riesgo de suicidio. Estos hallazgos contradicen lo encontrado por Patton et al., (1997) y por Rey Gex et al., (1998).

Se buscó evidencia de la relación entre atracción sexual y riesgo de suicidio. Se encontraron diferencias promedio estadísticamente significativas a favor de dicha relación, siendo los jóvenes de minorías sexuales de ambos sexos, más propensos a riesgo de suicidio en comparación a los jóvenes heterosexuales. No obstante, es de destacar que esta asociación en sí misma no explica que sea la atracción sexual lo que lleva a mayor riesgo de suicidio. El hallazgo

confirma investigaciones previas, entre ellas, el metanálisis de Marshal, et al. (2011), Plo'derl y Tremblay (2015), los cuales analizaron estudios que incluyeron tanto ideación como intento de suicidio.

No obstante, a pesar de que se encontraron más altas prevalencias de ideación, comunicación e intento de suicidio en mujeres, la significancia clínica en los hombres fue superior. Este hallazgo trae importantes implicaciones para quienes realicen intervenciones a nivel preventivo y clínico, debido a que debe primar un enfoque diferencial por sexo. A nivel nacional, estos hallazgos sobre mayor afectación clínica en el riesgo de suicidio en hombres reflejan coincidencias entre las cifras de Medicina Legal en Colombia en tanto que por cada cuatro hombres se suicida una mujer (INMLCF, 2018).

En términos de desenlaces de salud mental, uno de los hallazgos más consistentes a nivel internacional, ha sido la mayor prevalencia de síntomas y trastornos depresivos en minorías sexuales, con mayor prevalencia en mujeres, véase Wichstrom & Hegna, (2003), Hallfors et al. (2004) y Espada et al. (2012). En el presente estudio se encontró que tanto hombres como mujeres de minorías sexuales puntuaron significativamente más alto en síntomas depresivos en comparación con jóvenes heterosexuales. Sin embargo, la evidencia encontrada señaló que las mujeres de minorías sexuales puntuaron más alto en síntomas depresivos en comparación con los hombres de minorías sexuales. A pesar de que el presente estudio no busca generalizar a una determinada población, este hallazgo es consistente con la revisión sistemática y metanálisis de estudios basados en poblaciones (Lucassen, Stasiak, Samra, Frampton y Merry, 2017).

Por su parte, la desesperanza se asoció de manera significativa con riesgo de suicidio y esta asociación se encontró en mayor grado tanto en hombres como en mujeres de minorías sexuales de manera similar, en comparación con jóvenes heterosexuales. Este resultado es consistente con el metanálisis de McMillan, Gilbody, Beresford y Neilly (2007), quienes señalaron que las personas con altos puntajes de desesperanza tienen una probabilidad tres veces mayor de reportar conductas suicidas que aquellos con bajos puntajes de desesperanza.

Para el caso de la impulsividad, una variable poco estudiada en el contexto latinoamericano, mayores puntajes promedio de impulsividad fueron reportados tanto por mujeres y hombres de minorías sexuales, en comparación con jóvenes heterosexuales. Este hallazgo es consistente con

lo encontrado por González, Ramos, Caballero y Wagner (2003) en ciudad de México, quienes encontraron que las personas impulsivas, independientemente de su sexo, tienen mayor riesgo de haber tratado de quitarse la vida. Esto implica que los psicólogos clínicos y aquellos interesados en la prevención del suicidio en Colombia, deberán atender la recomendación de las Guías de Práctica Clínica basada en la evidencia para el tratamiento y prevención de conductas suicidas de Colombia (2017) de evaluar la impulsividad controlando adecuadamente por edad, ya que hay evidencia que la impulsividad es más alta en la adolescencia (Gaete, 2015).

Como ya se dijo previamente, crecer en un ambiente de aceptación es fundamental para un futuro emocional, social y afectivo sano Pino & Herruzo (2000), Ardila (2008), pero también D'augelli & Hersberger, (1993); Remafedi, (1987); Hershberger, Pilkington & D'Augelli, (1997) habían señalado que los padres reaccionan de manera negativa ante la homosexualidad de su hijo(a), lo que en muchos casos provoca un bajo apoyo parental, particularmente del padre, quien considera que su hijo homosexual “no lo representa”. En efecto, el presente estudio encontró más bajo apoyo tanto del padre como de la madre en jóvenes de minorías sexuales, en comparación con jóvenes heterosexuales. Del mismo modo, se halló más censura y falta de apoyo parental en jóvenes de minorías sexuales en comparación con sus pares heterosexuales. Este hallazgo abre paso a confirmar la hipótesis de Sung-Hong, Espelage y Kral (2011) quienes señalaron que “para nuestro conocimiento, no ha habido algún estudio a la fecha que demuestre empíricamente la asociación entre falta de apoyo social de los padres y la conducta suicida de las minorías sexuales jóvenes”.

En cuanto a mediación se refiere, la falta de aceptación parental percibido no medió sobre la relación entre atracción sexual y riesgo de suicidio, ni en hombres ni en mujeres. Este hallazgo fue opuesto a lo encontrado por Evans, Hawton y Rodham (2004), quienes encontraron que la falta de apoyo parental está asociada directamente con el riesgo de suicidio. La revisión sistemática de Evans y sus colegas no aclara si en los estudios que analizó incluyó jóvenes de minorías sexuales. Es sabido que los padres reaccionan negativamente frente a la orientación sexual de sus hijos gays o lesbianas (D'augelli & Hersberger, 1993; Remafedi, 1987), lo que pudo haber generado esta mayor falta de aceptación en las minorías sexuales del presente estudio. Por ello, es muy probable que el efecto no significativo de la falta de aceptación parental percibido sobre el riesgo de suicidio encontrado, se explique porque los jóvenes de nuestra

muestra no ven un soporte tangible en sus padres sino en otras figuras de su entorno social, lo que los hace indiferentes ante la presencia o ausencia de aceptación de sus padres.

Adicionalmente, el hallazgo del presente estudio encontrado, acerca de un efecto directo de la aprobación percibida de la madre sobre el riesgo de suicidio es fundamental, pues va más allá de las hipótesis planteadas y da vía a otras teorías que podría explicar por qué el rol materno, más que el rol paterno, es clave al momento de amortiguar el riesgo de suicidio en los jóvenes. Por ejemplo, la teoría de la aceptación-rechazo parental de Rohner (1986) y sus desarrollos posteriores, (véase Rohner, 2004; Rohner, Khaleque, Cournoyer, 2012; Rohner & Carrasco, 2014). Rohner y Carrasco (2014) señalan que la teoría de Rohner y su amplia evidencia acumulada por más de 50 años, permite comprender las bases del rechazo versus protección parental como una circunstancia universal, que va más allá de los valores, creencias, étnicas, raciales, económicas y de género y cuya consigna es: mi padre/madre me ama. Dicho en otras palabras, todos y todas percibimos la aceptación/rechazo de quienes representan mis otros significativos y respondemos adaptativamente o desadaptativamente con base en dicha percepción.

Es una consigna que de manera intuitiva nos regresa a la psicología conductual, en el sentido que lo importante en las interacciones madre-hijo no es el castigo sino el refuerzo, y esto, según lo que encontramos, es válido tanto para varones y mujeres jóvenes, independiente de su atracción sexual. El mandato es, por tanto: *acéptame como soy*. Siguiendo a Rohner y Carrasco (2014), más allá de los defectos y cualidades, de lo económico y de nuestro estatus social, el elemento clave es la incondicionalidad del trato y cómo los padres logran transmitir su aceptación versus rechazo para que sea percibido adecuadamente por sus hijos e hijas. Con base en la aceptación parental, si los jóvenes logran sentirse seguros en su hogar por dicha aprobación, esto puede traducirse en una interacción más positiva con su grupo de pares en el colegio, lo que estaría asociado con menores niveles de bullying, del cual hablaremos a continuación.

Como se esperaba, el bullying se asoció de manera significativamente con riesgo de suicidio. Sin embargo, el autoreporte de bullying fue más alto en promedio en hombres de minorías sexuales en comparación con mujeres del mismo estatus sexual. Estos hallazgos coinciden con previos hallazgos que señalan la alta propensión de las minorías sexuales para ser víctimas de violencia escolar (Arnarsson, Sveinbjornsdottir, Thorsteinsson, & Bjarnason, 2015; Bouris, Everett, Heath, Elsaesser, & Neilands, 2015; Eisenberg, McMorris, Gower, & Chatterjee,

2016; Mueller, James, Abrutyn, & Levin, 2015; Patrick, Bell, Huang, Lazarakis, & Edwards, 2013); Robinson & Espelage, 2012) e implican un mensaje claro para la prevención del bullying en el contexto escolar. A pesar de que los jóvenes de minorías sexuales no son los únicos que experimentan bullying, psicólogos clínicos y orientadores en los colegios deberán prestar especial atención, en razón a que ellos son más propensos a la intimidación en comparación con las jóvenes de minorías sexuales. Es importante destacar que cuando se les preguntó si *Alguna o varias de las situaciones de intimidación había ocurrido debido a su orientación sexual o por su comportamiento como hombre o mujer*, el 24% de los jóvenes de minorías sexuales respondió afirmativamente, mientras que sólo un 4.7% de los jóvenes heterosexuales contestaron que ésta había sido la razón. Esto permite concluir que al menos una cuarta parte de las razones por cuales ocurrió el bullying fue debido a su orientación sexual o su identidad de género.

Al contrario de la falta de aceptación parental percibido, el bullying fue un mediador de la relación entre atracción sexual y riesgo de suicidio, y este hallazgo es consistente con lo encontrado por Bouris, Everett, Heath, Elsaesser, & Neilands (2015) en Estados Unidos y por Yeen Huang et. al. (2018) en adolescentes chinos. Aunque el equipo de Bouris presentó sus hallazgos en general, sin especificar por la variable sexo ni controlar por depresión, en el presente estudio el bullying medió dicha relación tanto en hombres como en mujeres, e incluso, después de haber controlado por síntomas depresivos. Pocos estudios han sido realizados en adolescentes y jóvenes que permitan comparar por su estatus de atracción sexual y por tanto, susceptibles de ser discutidos completamente con nuestros hallazgos, lo que hace más novedosos nuestro estudio. Algunas investigaciones se han concentrado más en la mediación del bullying homofóbico (específico de los jóvenes de minorías sexuales), (ver, Burton Marshal, Chisolm, Sucato & Friedman, 2013; así como en comparar distintas razones de intimidación (Birkett, Espelage & Koenig, 2009, Garnett et al. 2014). En todo caso, hay evidencia que el bullying, independientemente del rol ejercido (víctima, victimario o testigo), tiene relación con el riesgo de suicidio, (Espelage & Holt, 2013).

Con relación al hallazgo de mediación conjunta de la falta de apoyo parental, el bullying y la depresión, el presente estudio halló evidencia del efecto serial significativo de estas tres variables sobre la relación entre atracción sexual y el riesgo de suicidio. A pesar de que el efecto fue bajo, este impacto simultáneo valida nuestra hipótesis y señala que el efecto de la falta de

apoyo parental sobre el riesgo de suicidio es indirecto y no directo como lo señalaron Evans, Hawton y Rodham (2004). Además, es preciso afirmar que hay un impacto negativo parental sobre la salud mental de las minorías sexuales, Nguyen et al. (2016), lo que valida la hipótesis de la teoría del estrés minoritario que señala que la familia es fuente principal de estrés para la salud de las minorías sexuales (Meyer, 2003). A la misma conclusión llegaron Diamond et al. (2011) a través de un estudio cualitativo en diez jóvenes de minorías sexuales, mediante entrevistas a profundidad, que buscaba comprender el porqué de la depresión y el riesgo de suicidio en estos jóvenes.

Respecto a hecho victimizantes durante los pasados seis meses, se indagó por violencia física, psicológica y sexual. Consistente con investigaciones previas, los eventos de haber sido víctima de violencia física, psicológica y sexual se asociaron de manera directa con mayor riesgo de suicidio Devries, Mak, Child & Bacchus (2014), Pineda-Roa (2019). Los hallazgos del presente estudio fueron concluyentes y señalaron que, en cuanto a victimización, jóvenes de minorías sexuales reportaron, en promedio, más hechos victimizantes en comparación con jóvenes heterosexuales. El resultado fue estadísticamente significativo, siendo los varones ligeramente más afectados que las mujeres. Esto es coherente con el metanálisis de Norman et al. (2012) quienes concluyeron que “todas las formas de maltrato infantil deben considerarse riesgo importante para la salud, con un impacto considerable en la carga de la enfermedad en todas las partes del mundo”.

Con respecto a la mediación conjunta de los Eventos Estresantes, la Desesperanza y la Impulsividad sobre la relación entre atracción sexual y riesgo de suicidio, se encontró apoyo empírico a dicha mediación, tanto en hombres como en mujeres. Los hallazgos del presente están en consonancia con los planteamientos de Mann (2003) en tanto que “la diatesis suicida incrementa la desesperanza y la impulsividad, las cuales están en parte asociadas a mecanismos neurobiológicos”. Adicionalmente, tanto los eventos estresantes, la desesperanza y la impulsividad fueron mediadores directos por sí solos de la relación entre atracción sexual y riesgo de suicidio.

La investigación de Bränström (2017) también encontró apoyo empírico de mediación de hechos victimizantes violentos en mayor grado en minorías sexuales, los cuales tienen un efecto en explicar sus disparidades de salud mental. No obstante, Branstrom (2017) señaló que una vez

se controló el efecto de la victimización por el apoyo social, la relación entre status de minorías sexual y el riesgo de suicidio continuó siendo significativo, lo que llevó que hay un efecto parcial de los hechos victimizantes sobre el riesgo de suicidio y que hay otros factores que pueden estar influyendo en las disparidades de salud mental en las minorías sexuales. Del mismo modo, Hirsch, Cohn, Rowe y Rimmer (2017) encontraron apoyo empírico acerca del efecto mediador de la desesperanza evaluada mediante la escala de Beck (1974) sobre la conducta suicida. Este hallazgo también fue encontrado por Langhinrichsen-Rohling, Lamis, & Malone (2010) en adolescentes estadounidenses. Por último, impulsividad se ha sugerido como un mediador entre el abuso sexual y el riesgo de suicidio en adolescentes y adultos jóvenes de población general (Braquehais, Oquendo, Baca-García, & Sher, 2010). No obstante, no se ha encontrado evidencia empírica que generalice esta hipótesis de mediación de la impulsividad a otras formas de victimización por violencia física ó psicológica. Tampoco se halló un estudio previo que analice la mediación de la impulsividad en la relación entre atracción sexual y riesgo de suicidio.

La asociación entre espiritualidad y riesgo de suicidio fue inversa y estadísticamente significativa, a mayor espiritualidad, menor es el riesgo de suicidio. Estos datos son consistentes con lo encontrado por Donahue y Benson (1995) y Nonnemaker, McNeely, y Blum (2003); Wallace y Forman, (1998). Sin embargo, pocos estudios han estudiado esta relación, Florenzano (2018). Con relación a la espiritualidad, se encontró no solamente una diferencia estadísticamente significativa por sexo sino también por estatus de atracción. Es decir, las mujeres reportan ser más espirituales que los hombres y a su vez, los jóvenes de minorías sexuales reportan en promedio, menos espiritualidad en comparación con jóvenes con atracción por el sexo opuesto. Este hallazgo es consistente con los datos actuales, que señalan puntos de convergencia y divergencia con estudios previos. Por ejemplo, Saewyc et al., (2007) encuentra que los adolescentes LGB en Canadá son más espirituales que los adolescentes heterosexuales, mientras que en Estados Unidos, Rostosky, Danner y Riggle (2007) encontraron lo contrario, adolescentes con atracción por el mismo sexo son menos espirituales que los adolescentes que se atraídos por el sexo contrario. Estos datos hacen difícil sacar conclusiones con respecto a cuál es el papel de la espiritualidad en el riesgo de suicidio de minorías sexuales.

En muestras representativas de adolescentes y adultos en Estados Unidos, religiosidad/espiritualidad están asociados con más bajo nivel de ideación e intento de suicidio.

Sin embargo, a nivel internacional, pocos estudios han probado dicha asociación (Florenzano, 2018) y los resultados no siempre han sido consistentes (Lawrence, Oquendo et al., 2016, Florenzano, 2018). A pesar de que el presente estudio ha sido realizado en una muestra no representativa, los resultados van en la misma dirección de los hallazgos de Kleiman y Liu (2014) en el sentido de más bajo riesgo de suicidio en jóvenes con mayor nivel de espiritualidad.

Del mismo modo, se encontraron niveles promedio más bajos de religiosidad/espiritualidad en jóvenes de minorías sexuales, en comparación con jóvenes heterosexuales y este hallazgo fue consistente tanto en hombres como en mujeres, convirtiendo la espiritualidad en un factor de riesgo para los jóvenes de minorías sexuales. Este hallazgo se puede explicar mediante la teoría del estrés minoritario en el sentido que “la escasa espiritualidad en las minorías sexuales se entiende con base a la desaprobación de las conductas del mismo por parte de las iglesias y, por predicar una sexualidad que recrimina la dimensión recreativa de la sexualidad y la pone al servicio exclusivamente de la reproducción, (Meyer, Frost y Nezap, 2015, p. 178).

En cuanto a mediación de la espiritualidad, no pudimos encontrar ni un solo estudio en las bases de datos disponibles que apoye la tesis de que la espiritualidad es una variable mediadora entre la atracción sexual y el riesgo de suicidio. La espiritualidad medió la relación entre atracción sexual y riesgo de suicidio, aún después de controlar por edad, sector educativo y convivencia o no con el padre, lo que permite entender la influencia positiva para jóvenes heterosexuales y negativa para los jóvenes de minorías sexuales.

Por lo anterior, la mediación de la espiritualidad entre atracción sexual y riesgo de suicidio es un hallazgo novedoso. Igualmente, se aportó evidencia que la espiritualidad en combinación con la desesperanza medió la relación entre la atracción sexual y el riesgo de suicidio, hallazgo que puede ser comprendido mediante la tesis “en algunas poblaciones o individuos, las creencias religiosas pueden aumentar la culpabilidad y llevar a desesperanza cuando las personas no pueden vivir a la altura de las expectativas de su tradición religiosa”, (Florenzano, 2018, p. 227).

Hatzenbuehler, Birkett, Wagenen & Meyer (2014) encontraron que en ciudades y estados de Estados Unidos donde había mejor clima escolar, las disparidades de ideación suicida en estudiantes de colegios se había eliminado, en comparación con ciudades y estados sin adecuado clima escolar para los estudiantes. En Colombia, aún no se ha hecho un mapa del clima escolar y

su posible rol protector en los estudiantes. Sin embargo, los hallazgos del presente estudio favorecen la tesis que mayor nivel de factores de protección se asoció con menor nivel de riesgo de suicidio. Tanto hombres como mujeres jóvenes de minorías sexuales percibieron menos factores protectores en comparación con sus pares heterosexuales y este hallazgo es consistente con la investigación de Whitaker, Shapiro & Shields (2016) y esto permite entender su vulnerabilidad en relación con mayor proporción de riesgo de suicidio.

Los factores que protegen del riesgo de suicidio que fueron más frecuentes en los estudiantes y que deben ser reforzados en el colegio por sus profesores son a) sentimiento de que vale la pena vivir la vida, b) generar confianza en el logro de las metas a futuro de los estudiantes y c) dar estímulos públicamente a aquellos estudiantes siempre que les vaya bien o que obtengan logros importantes. Estos factores protectores evaluados son importantes de ser reforzados tanto en el contexto escolar como en los hogares de los estudiantes, toda vez que no todos ellos son dependientes del contexto escolar y son aplicables a la vida diaria. Tal es el caso de ítems donde se preguntó acerca de ¿has sentido que tenías el control de la mayoría de las situaciones de tu vida? ó ¿te sentiste alegre porque te estaba yendo bien en el colegio o en el trabajo?

Con relación al papel mediador de los factores de protección frente al suicidio, pocos antecedentes empíricos se han encontrado. El estudio de Eisenberg y Resnick (2006) encontró apoyo empírico acerca del efecto mediador de cuatro variables identificadas como protectoras ante el suicidio: conexidad familiar, profesores cuidadores, otros adultos cuidadores y seguridad escolar. Estos hallazgos son consecuentes con el presente estudio en el cual hemos encontrado apoyo empírico del efecto mediador de los factores protectores sobre la relación entre la atracción sexual y el riesgo de suicidio, tanto en hombres como en mujeres. Sin embargo, los factores protectores son distintos en los dos estudios, lo que amerita la necesidad de más estudios en los cuales se corrobore la información encontrada.

En cuanto a los niveles de afrontamientos frente al estrés, hubo diferencias apreciables entre hombres y mujeres heterosexuales, siendo los hombres quienes puntuaron más alto tanto en resolución de problemas como en reevaluación positiva, esto concuerda con lo encontrado por Serrano & Galaz (2005), lo que implica que los hombres siguen haciendo uso de estrategias de afrontamiento centrados en el problema. No obstante, se encontró mayor déficit de afrontamiento centrado en el problema en jóvenes de minorías sexuales de ambos sexos, estas diferencias fueron

estadísticamente significativas y concuerdan con hallazgos de investigaciones previas Riley, Kirsch, Shapiro, & Conley (2016). Sin embargo, en estrategias de afrontamiento negativo como evitación emocional y cognitiva, no hubo diferencias significativas entre los jóvenes de minorías sexuales y heterosexuales, lo que contradice los hallazgos de Riley, Kirsch, Shapiro, & Conley (2016) en el sentido de que los jóvenes de minorías sexuales dependen más de estrategias de afrontamiento negativo. De cara al planteamiento de estrategias preventivas frente al suicidio, es importante enseñar en los estudiantes estrategias de afrontamiento más adaptativas que les permitan sobrellevar sus problemas y bajar los niveles de afectación frente a estos. En particular, es relevante que el colegio enseñe a los estudiantes y padres maneras eficaces de afrontar el estrés y las tensiones de la vida como sucesos que, en muchas ocasiones, son inevitables en el ser humano.

Abundante investigación sobre resolución de problemas ha vinculado la conducta suicida con exposición a eventos estresantes en población general (Clum & Febraro, 2004). Sin embargo, poco se conoce acerca de si estos resultados son válidos en jóvenes minorías sexuales. Los hallazgos del presente estudio van en la misma dirección de los hallazgos en población general y permiten afirmar que tanto la resolución de problemas, la reevaluación positiva y la evitación cognitiva son vitales para afrontar con el estrés. Además, se encontró que tales estrategias median directamente entre los eventos estresantes y el riesgo de suicidio, así como entre atracción sexual y riesgo de suicidio. McMahon, Corcoran, McAuliffe, Keeley, Perry y Arensman (2013) encontraron apoyo empírico de la mediación de evitación emocional entre factores de salud mental y autodaño, tanto en hombres como en mujeres, pero únicamente en mujeres para mediación de la resolución de problemas. El presente estudio es un aporte en la dirección de que la resolución de problemas, la reevaluación positiva y la evitación cognitiva son mediadores directos entre la atracción sexual y el riesgo de suicidio, pero no la evitación emocional.

Asimismo, se encontró que los eventos estresantes (violencia física, psicológica y sexual, simultáneamente) con el afrontamiento (resolución de problemas, reevaluación positiva y evitación emocional, separadamente) son mediadores conjuntos entre la atracción sexual y el riesgo de suicidio. Al estar ambos grupos de jóvenes: minorías sexuales y heterosexuales incluidos, la tesis de Goldbach y Gibbs (2015) es consecuente con nuestros hallazgos en el sentido que ambos grupos tienen las mismas estrategias de afrontamiento. Los hallazgos avalan los planteamientos de la teoría de estrés minoritario en el sentido de que grupos desaventajados

por orientación sexual y raza-etnicidad experimentan mayores estresores que pone en situación de vulnerabilidad frente a sus desenlaces de salud como el riesgo de suicidio, (Meyer, Schwartz & Frost, 2008; Meyer, Frost & Nezap, 2015).

Otro elemento importante es la baja proporción de varianza que explicó el afrontamiento, pues el Modelo 5, incluyendo atracción sexual, eventos estresantes y resolución de problemas tan sólo explicó el 17% de la variabilidad del riesgo de suicidio en mujeres y el 16% en hombres, constituyéndose en el modelo con más bajo porcentaje de varianza explicado. El Modelo 1 (compuesto por el bullying, falta de aceptación parental y depresión) explicó el 46% de la varianza en mujeres y el 43% en hombres; mientras que el modelo de aceptación percibida de la madre junto a depresión, explicó el 49% de la varianza en hombres y el 46% en mujeres, fueron los dos mejores modelos.

Conclusiones.

La presente investigación arroja hallazgos del riesgo de suicidio en jóvenes escolarizados que pueden ser sintetizados de tres formas. Primero, mediante un enfoque diferencial mediante variables clave como el sexo, la atracción sexual, la edad y la convivencia o no con los padres y hermanos. Segundo, a través de la importancia que implica los efectos directos de las variables contextuales e individuales y por último, a través de los efectos indirectos obtenidos mediante los modelos de mediación serial múltiple. En ese orden se detallan las conclusiones a continuación.

En variables individuales de salud mental, se encontraron diferencias significativas por sexo en depresión, desesperanza y riesgo de suicidio, siendo mayor el promedio en estas variables en las mujeres en comparación con los hombres. La única variable individual en la que no se encontraron diferencias significativas entre hombres y mujeres, es la impulsividad. En contraste, en las variables contextuales, hay muchas más diferencias en las cuales los hombres puntúan en promedio, significativamente más alto, dichas variables fueron: factores de protección, aceptación percibida padre y madre, bullying, solución de problemas, reevaluación positiva y evitación cognitiva. Únicamente en espiritualidad y eventos vitales estresantes, las mujeres puntuaron en promedio, significativamente más alto. No hubo diferencias estadísticamente significativas entre hombres y mujeres en evitación emocional y falta de aceptación parental.

En cuanto a atracción sexual, las diferencias pueden resumirse de una manera más general. Los jóvenes con EMS tienden a puntuar en promedio, más alto en variables consideradas como factores de riesgo de suicidio en comparación con jóvenes ASO (depresión, desesperanza, impulsividad, bullying, falta de aceptación parental, eventos estresantes y evitación cognitiva); y tienden a puntuar más bajo en variables consideradas como factores de protección (aceptación percibida de la madre y el padre, solución de problemas, reevaluación positiva, espiritualidad, y factores de protección en la vida). Este hallazgo impone un gran reto para el trabajo en salud por las poblaciones jóvenes de minorías sexuales en Colombia, dadas las precarias condiciones que enfrentan en los diferentes contextos, principalmente la familia y el colegio.

Dentro del contexto familiar, la variable que mejor efecto directo sobre el riesgo de suicidio obtuvo fue el déficit de aceptación percibida de la madre. Este hallazgo implica que la baja aprobación percibida de la madre es fundamental en las estrategias preventivas del suicidio a nivel del hogar. Los padres de familia podrían considerar que sus hijos “lo tienen todo en casa”, sin embargo, esta afirmación suele quedarse en el apoyo físico, sin que haya momentos en los que los padres dialoguen con sus hijos(as) y se les permita ser parte activa en las decisiones del hogar.

Los psicólogos clínicos y orientadores podrían entrar a revisar en detalle las razones por las cuales los estudiantes con alto riesgo de suicidio perciben menos aprobación por parte de sus padres, en particular de la madre. Algunas hipótesis alternativas que pueden explicar la desaprobación materna, además de la atracción sexual no convencional, están el hecho que el hijo(a) sea no deseado, conductas disruptivas en el colegio, entre otras. En todo caso, el presente estudio concluye que la baja aprobación percibida de la madre influye sobre los síntomas depresivos de los estudiantes y es fundamental entrar a analizar la historia temprana de relaciones madre hijo y su apego, que pudieron generar posibles esquemas desadaptativos tempranos que explican una interacción disfuncional entre el joven y la madre que, de no tratarse, puede traducirse en depresión y en conductas suicidas.

El presente estudio concluye que la falta de aceptación parental percibida tiene un efecto en la experiencia de ser intimidado, la que, a su vez, puede dar lugar a estados de ánimo depresivos, que lleven a los estudiantes a ser más propensos a riesgo de suicidio. Esta conclusión implica necesariamente la necesidad de nuevas investigaciones que permitan comprender cómo los estudiantes que perciben mayor falta de aceptación por parte de sus padres tienen más

probabilidad de ser víctimas de bullying. Futuras investigaciones podrían investigar los mecanismos que subyacen a esta asociación.

Una de las variables contextuales que el presente estudio sugiere debe tenerse muy en cuenta en estrategias preventivas del riesgo de suicidio es el bullying. En el contexto colombiano, es preciso afirmar que los jóvenes escolarizados, principalmente los estudiantes de minorías sexuales encuentran en sus contextos escolares una mayor afectación por el bullying en comparación con estudiantes con atracción por el sexo opuesto. Estas exposiciones a la intimidación pueden convertirse en síntomas depresivos que los lleve a no querer volver a sus colegios, como una estrategia de afrontamiento para evitar ser intimidado. Nuestros hallazgos también señalan que los síntomas depresivos experimentados pueden incluir aislamiento, problemas para conciliar el sueño, sentimientos de inutilidad y de pérdida de autocontrol, que se pueden traducir en mayores prevalencias de ideación, comunicación e inclusive, en intentos de suicidio.

El mayor grado de experimentación de eventos estresantes en los jóvenes de minorías sexuales explica su mayor propensión a riesgo de suicidio. También se concluye que la predisposición a mayor afectación por eventos estresantes puede activar mayores niveles de desesperación, lo que se traduce en mayores niveles de impulsividad y riesgo suicida, principalmente en jóvenes de minorías sexuales. Esta conclusión permitió establecer apoyo empírico a la hipótesis de la diatésis suicida. En particular, es importante enfatizar que los eventos estresantes para los cuales esta conclusión encontró apoyo en los datos de la presente investigación son el maltrato físico (puños, cachetadas, patadas, golpes), maltrato psicológico (ser insultado o humillado por parte de un familiar) y el maltrato a través del abuso sexual (ser violado o haber sido obligado a tener actos sexuales en contra de su voluntad). Estos tres eventos estresantes se dieron en los últimos seis meses y la víctima pudo haber sido el propio joven o alguno de sus seres queridos, lo que llama la atención que no necesariamente el joven fue el directo afectado, sino que el evento estresante pudo haberle ocurrido a alguien muy significativo para el joven.

En general, se concluye que, entre mayores niveles de factores de protección, menor es el nivel de riesgo de suicidio. Sin embargo, entre hombres y mujeres existió una diferencia importante. Dado que los hombres y las mujeres están expuestos, en teoría, a los mismos factores de riesgo de suicidio, el efecto negativo de los factores de protección sobre el riesgo de suicidio

fue el doble en mujeres en comparación con los hombres. Esta conclusión abre una línea promisoría de investigación en cuanto a que, posiblemente, los hombres y las mujeres no manejan los mismos factores de protección frente al suicidio. En particular, es preciso afirmar que los seis indicadores evaluados dentro de este factor de protección, favorecieron más a los hombres que a las mujeres.

El presente estudio concluye que las estrategias de afrontamiento más afectadas por los eventos estresantes fueron la solución de problemas y la reevaluación positiva, en consecuencia, su efecto sobre el riesgo de suicidio se vió disminuido, lo que implica que, a menor nivel de estas dos estrategias, mayor fue la vulnerabilidad frente a experimentar conductas suicidas. No obstante, el bajo nivel de varianza explicada pone de manifiesto que la influencia del afrontamiento puede ser cuestionable, y esto es contrario frente a estudios previos en donde el afrontamiento ha recibido un importante respaldo como factor de protección.

Respecto a los elevados promedios en variables individuales como la desesperanza, los síntomas depresivos y la impulsividad en los jóvenes con EMS, los resultados de mediación conjunta encontrados en cada modelo de mediación serial múltiple, permiten concluir que estos son producto de la exposición a variables contextuales como el mayor bullying, la falta de aceptación parental percibida, los eventos estresantes, el déficit de factores de protección en la vida diaria y la espiritualidad. Las implicaciones de estos problemas de salud mental pueden afectar sus niveles de ajuste intrapersonal, interpersonal y poner en fragilidad la manera como ellos afrontan los retos ambientales, en contraste con los jóvenes ASO.

Dicho en otras palabras, los altos niveles de riesgo de suicidio que fueron reportados por los jóvenes con EMS en comparación con jóvenes con ASO, tanto en hombres como en mujeres, pueden ser explicadas por variables contextuales, las cuales desencadenan problemas de salud mental como alta desesperanza, síntomas depresivos e impulsividad y en el nivel más alto, pueden traducirse en conductas suicidas.

Las conclusiones del presente estudio fueron consistentes tanto para hombres como para mujeres particularmente en jóvenes de mayor edad. La presente investigación arrojó evidencia consistente que la aceptación percibida de la madre y el bullying fueron los principales mediadores contextuales de la relación entre atracción sexual y riesgo de suicidio tanto en hombres como en mujeres. En tanto que los efectos directos e indirectos fueron bajos, el presente estudio pone de manifiesto un modesto aporte de las variables del contexto sociocultural como

mecanismos que ayudan a explicar los desenlaces de salud mental y el riesgo de suicidio en particular.

Fortalezas del presente estudio.

El objetivo de la presente investigación fue determinar las variables mediadoras contextuales e individuales de la relación entre atracción sexual y riesgo de suicidio. Los resultados permitieron identificar variables mediadoras tanto del contexto en el que están inmersos los jóvenes, así como de variables personales. Parte del éxito de estos resultados prometedores se debieron al buen tamaño muestral, que propició una muy buena potencia estadística, así como la posibilidad de analizar la información por sexo de manera separada.

En segundo lugar, el uso de pruebas ya validadas en poblaciones hispanas es una fortaleza del presente estudio que permitió evidenciar muy buenos niveles de confiabilidad en cada uno de los constructos que se confirmaron mediante análisis factorial.

En tercer lugar, desde el punto de vista estadístico, los modelos planteados tuvieron muy buen ajuste, que permitió establecer, que el riesgo de suicidio en jóvenes escolarizados es de “naturaleza multicausal”, habiendo evidencia de variables de tipo psicobiológico (la impulsividad), psicológico (la depresión, la desesperanza, el afrontamiento), social (los eventos estresantes, la aceptación parental percibida y el bullying) y cultural (la espiritualidad).

En cuarto lugar, y dado que se hizo un adecuado control de variables tanto sociodemográficas como de salud mental, el estudio permitió establecer importantes resultados que podrían ser aplicables en futuras intervenciones y diseño de programas preventivos en estudiantes de colegios y universidades tanto públicos como privados. Asimismo, el estudio sugiere importantes datos que podrían ser implementados en políticas públicas de salud mental para las minorías sexuales.

En quinto lugar, conforme se esperaba, los hallazgos con los datos imputados tuvieron cambios mínimos, tanto en el ajuste de cada uno de los modelos como en los efectos directos e indirectos que se había obtenido con datos originales. Esto permite afirmar que los datos faltantes no afectaron los resultados obtenidos.

Debilidades del presente estudio y recomendaciones para futuros estudios

Una serie de dificultades estuvieron presentes a lo largo de la investigación. Primeramente, muestreo terminó siendo no probabilístico, y por tanto no se puede generalizar a todos los jóvenes colombianos de estos rangos etarios, por ello, los hallazgos son extrapolables únicamente a aquellos jóvenes con características muy similares a las de los jóvenes aquí descritos. Segundo, hubo un bajo retorno de consentimientos informados en adolescentes de colegios; no obstante, esto no llevó a que los estudiantes que participaron fueran los más motivados. Tercero, se trató de un estudio transversal de tipo explicativo que permite sugerir hipótesis pero que no permite estrictamente establecer causalidad.

En cuarto lugar, con relación a las pruebas usadas, algunas de ellas no fueron construidas con el rigor de un diseño y validación que permitiera un número representativo de ítems, como en el caso de la espiritualidad, lo cual hace que futuras investigaciones implementen mediciones que permitan ampliar el conocimiento de esta variable. Adicionalmente, es importante señalar que el uso de instrumentos de autoreporte tiene limitaciones y su uso conlleva márgenes de error. Confiar en el autoreporte es cuestionable ya que le resta objetividad al estudio al depender de cierta deseabilidad social con la cual los participantes podrían haber respondido el cuestionario. Además, ningún cuestionario, aunque esté validado reemplaza la entrevista clínica.

Asimismo, los resultados del presente estudio respecto a la impulsividad no son completamente concluyentes, pues la prueba usada permite evidenciar conductas impulsivas de tipo psicobiológico y no de carácter adquirido. Por ejemplo, hay evidencia importante de que algunas reacciones impulsivas en los jóvenes podrían deberse a consumo de ciertas sustancias psicoactivas, las cuales no fueron controladas en el presente estudio, lo que sugiere a investigaciones futuras que deberán controlar los efectos de estas circunstancias ambientales en los jóvenes a la hora de evaluar en ellos la impulsividad.

En quinto lugar, acorde con las recomendaciones de Hayes (2018), futuras investigaciones podrían replantear la utilización del concepto de mediación parcial y completa, toda vez que esto no implica necesariamente que el modelo sea mejor si se obtiene mediación completa. Pese a lo anterior, en el presente estudio, hubo una correspondencia entre los modelos con mejor porcentaje de varianza explicada y la mediación completa. En efecto, el modelo serial múltiple con mejor porcentaje de varianza explicado fue el compuesto por la mediación de la aceptación percibida de la madre y el bullying, controlados cada uno de ellos por síntomas depresivos y esto

coincidió con que en este modelo se obtuvo mediación completa. Esto mismo ocurrió con el modelo de mediación del estrés, la desesperanza y la impulsividad.

En sexto lugar, el estudio indagó por variables de alta sensibilidad como es la atracción sexual. No obstante, esta variable no tuvo otra medida que permitiera confirmar si realmente los estudiantes de minorías sexuales pertenecían a alguno de los colectivos LGB (lesbianas, gays o bisexuales) por lo que no fue posible hablar de orientación sexual sino de atracción sexual. Solamente se tuvo en cuenta el componente motivacional de la orientación sexual, sin medir aspectos como relaciones con el mismo sexo, relaciones de noviazgos con el mismo o con el sexo opuesto o ambos, tampoco se midió la identidad sexual en todos los jóvenes. Acorde con lo que recomienda Russell (2003), que en futuras investigaciones se indague por más de una dimensión del estatus de minoría sexual.

Por último, un asunto crítico que el lector atento pudo haber notado fue los bajos efectos indirectos encontrados, captado por los B y por ende los betas estandarizadas. De acuerdo con Walters (2018), esto ocurre porque los mediadores “compiten por el rango de varianza libre disponible”. Señaló además que en un modelo con múltiples mediadores “a medida que se introducen nuevas variables, la proporción de varianza explicada por cada mediador disminuye”. Aunque esto no es necesariamente una debilidad, cualquier investigador le gustaría tener efectos altos en su investigación. Pero la realidad es que, en el presente estudio, los efectos de los mediadores siempre fueron bajos o simplemente más bajos que los efectos directos. En ciencias sociales y comportamentales, obtener un efecto bajo no equivale a decir que este sea despreciable o que no sea importante.

Al respecto, Walters (2018) señaló que, para el caso de estudios transversales existen básicamente dos razones que se deben controlar para sacar el mejor provecho a los bajos efectos indirectos de una investigación de tipo mediacional. Primero, tener muestras grandes, que para nuestro caso se cumplió tanto en hombres como en mujeres, lo generó que el poder estadístico calculado a posteriori en la presente investigación fuera excelente ($1-\beta=0.99$) y así, la probabilidad de cometer error tipo II (fallar para identificar un efecto real) fue realmente remota ($\beta=0.01$).

Segundo, controlar la significancia de los efectos indirectos, ya que cuando n es grande se corre el riesgo de que cualquier diferencia por mínima que sea, resulte significativa (Frías-Navarro, Pascual-Llobell & García-Pérez, 2000). Recordemos que esto está asociado con cometer error tipo I (identificar un efecto falso, que para el caso de la presente investigación es afirmar que una variable es mediadora, cuando realmente no lo es). Para este caso, la recomendación que se ha hecho es reportar junto con la significancia, el tamaño del efecto. No obstante, en la literatura sobre mediación este punto está aún en construcción (Hayes, 2018), debido a que se han propuesto muchas fórmulas de tamaño del efecto sin que haya hoy consenso acerca de la mejor. A pesar de esto, en cada modelo se ha reportado el efecto estandarizado de cada variable mediadora y la proporción que explica la sumatoria de los efectos indirectos al efecto total, según la recomendación de MacKinnon (2008). Para el caso de la presente investigación, dicha proporción osciló entre .17 para el modelo de afrontamiento y .66 para el modelo de factores de protección., el cual es bueno.

Futuras investigaciones podrían profundizar los hallazgos del presente trabajo, creando líneas de investigación que posteriormente, podrían apoyar la formulación de políticas públicas y programas que busquen prevenir disparidades en salud mental, así como la implementación de programas clínicos de intervención con enfoque diferencial por estatus de atracción sexual.

Referencias

- Alcázar-Córcoles, M., Verdejo, A., Bouso, J. (2015). Propiedades psicométricas de la escala de impulsividad de Plutchik en una muestra de jóvenes hispanohablantes. *Actas Españolas de Psiquiatría*. 43(5):161-9.
- Andrews, J. A., & Lewinsohn, P. M. (1992). Suicidal attempts among older adolescents: Prevalence and co-occurrence with psychiatric disorders. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 31, 655–662.
- Asociación Americana de Psiquiatría (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. (DSM-V). Barcelona: Masson.
- Ardila, R. (2008). *Homosexualidad y Psicología*. (2a ed.). México: El Manual Moderno
- Almeida, J., Johnson, R.M., Corliss, H.L. et al. *J Youth Adolescence* (2009) 38: 1001.doi:10.1007/s10964-009-9397-9
- Arnarsson, A., Sveinbjornsdottir, S., Thorsteinsson, E. B., & Bjarnason, T. (2015). Suicidal risk and sexual orientation in adolescence: a population-based study in Iceland. *Scandinavian Journal of Public Health, ePub(ePub)*, ePub-ePub. <http://doi.org/10.1177/1403494815585402>
- Ato, M., López, J. J. & Benavente, A. (2013). Un sistema de clasificación de los diseños de investigación en psicología. *Anales de psicología*, 29(3), 1038-1059.
- Ato, M. & Vallejo, G. (2011). Los efectos de terceras variables en la investigación psicológica. *Anales de Psicología*, 27 (2), 550-561.
- Austin, S.B., Conron, K., Patel A, Freedner N. (2007). Making sense of sexual orientation measures: findings from a cognitive processing study with adolescents on health survey questions. *J. LGBT Health Research*. 3, 55–65.
- Bando H, Brunoni A, Fernandes T, Benseñor I, Lotufo P. (2012). Suicide rates and trends in Sao Paulo, Brazil, according to gender, age and demographic aspects: a join-point regression analysis. *Revista Brasileira de Psiquiatría*. 34, 268-293.
- Barratt, H., Rojas-garcía, A., Clarke, K., Moore, A., Whittington, C., Stockton, S., ... Raine, R. (2016). Epidemiology of Mental Health Attendances at Emergency Departments: Systematic Review and Meta-Analysis. *PLoS ONE*, 11(4), 1–14. <http://doi.org/10.1371/journal.pone.0154449>
- Bailey, J. Vasey, P., Diamond L., Breedlove, S., Vilain, E. & Epprecht, M. (2016). Sexual orientation, Controversy and Science. *Psychological Science in the Public interest*, 17(2), 45-101.

- Baron, R. M., & Kenny, D. A. (1986). The moderator-mediator variable distinction in social psychological research: Conceptual, strategic and statistical considerations. *Journal of Personality and Social Psychology*, 51, 1173-1182.
- Bauer, G.R., Flanders, C., MacLeod, M.A. & Ross, L.E. (2016). Occurrence of multiple mental health or substance use outcomes among bisexuals: a respondent-driven sampling study. *BMC Public Health*, 16:497. DOI 10.1186/s12889-016-3173-z
- Beck, A., Kovacs, M., Weissman, A. (1979). Assessment of Suicidal Ideation: The Scale for Suicide Ideation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 47, 2, 343-352.
- Beck, A.T., Weissman, A., Lester, D., & Trexler, L. (1974). The measurement of pessimism: The Hopelessness Scale. *Journal of consulting and clinical Psychology*, 42, 861-865.
- Bergen, D. van. (2014). Victimization and Suicidality among Dutch Lesbian, Gay, and Bisexual Youth. *American Journal of Public Health*, 103(1), 70–72.
<http://doi.org/10.2105/AJPH.2012.300797.Victimization>
- Birkett, M., Espelage, D. & Koenig, B. (2009). LGB and Questioning Students in Schools: The Moderating Effects of Homophobic Bullying and School Climate on Negative Outcomes. *Journal Youth Adolescence*. 38, 989–1000. DOI 10.1007/s10964-008-9389-1.
- Beurs, R. Ghoncheh, A. S. Geraedts & A. J. F. M. Kerkhof (2016) Psychological Distress Because of Asking about Suicidal Thoughts: A Randomized Controlled Trial among Students, *Archives of Suicide Research*, 20:2, 153-159, DOI: 10.1080/13811118.2015.1004475
- Blosnich, J., & Bossarte, R. (2012). Drivers of disparity: Differences in socially based risk factors of self-injurious and suicidal behaviors among sexual minority college students. *Journal of American College Health*, 60(2), 141–149. <https://doi.org/10.1080/07448481.2011.623332>
- Bouris, A., Everett, B. G., Heath, R. D., Elsaesser, C. E., & Neilands, T. B. (2015). Effects of victimization and violence on suicidal ideation and behaviors among sexual minority and heterosexual adolescents. *LGBT Health*, 0(0), 1–9. <http://doi.org/10.1089/lgbt.2015.0037>
- Borowsky, I.W., Ireland, M., Resnick, M.D. (2001). Adolescent suicide attempts: Risks and protectors. *Pediatrics*. 107:485–93.
- Borowsky, I. W., Taliaferro, L. A. & McMorris, B.J. (2013). Suicidal thinking and behavior among youth involved in verbal and social bullying: Risk and protective factors. *Journal of Adolescent Health*, 53(1), S4-S12. Doi: 10.1016/j.jadohealth.2012.10.280
- Bränström, R.J. (2017). Minority stress factors as mediators of sexual orientation disparities in mental health treatment: a longitudinal population-based study *Journal Epidemiology Community Health*. 71, 446–452. doi:10.1136/jech-2016-207943
- Braquehais, M. D., Oquendo, M. A., Baca-García, E., & Sher, L. (2010). *Is impulsivity a link between childhood abuse and suicide?* *Comprehensive Psychiatry*, 51(2), 121–129. doi:10.1016/j.comppsy.2009.05.003

- Brock, D.M., Sarason, I.G, Sanghvi, H., y Gurung, R.A. (1998). The Perceived Acceptance Scale: Development and validation. *Journal of Social and Personal Relationships*, 15, 5-21.
- Burak, SD. (1999). Protección, riesgo y vulnerabilidad. *Adolescencia Latinoamericana*. 1,222-230.
- Burton, C., Marshal, M., Chisolm, D., Sucato, G. & Friedman, M. (2013). Sexual Minority-Related Victimization as a Mediator of Mental Health Disparities in Sexual Minority Youth: A Longitudinal Analysis. *Journal Youth Adolescence*. 42, 394–402
DOI 10.1007/s10964-012-9901-5
- Byrne, B. (2006). Structural Equation Modeling with AMOS. Basic Concepts, Applications and Programming (2nd ed). New York: Routledge
- Bohórquez A, Restrepo C, Rodríguez N, Bohórquez A, Diazgranados N, Ospina M, Fernández C. (2002). *Revista Colombiana de Psiquiatría*. 31(4):271.
- Campo, A. (2001). Disconformidad con la orientación sexual e intento de suicidio en la adolescencia. *Pediatría*, 36(1), 89-93.
- Campo-Arias, A. (2010). Essential aspects and practical implications of sexual identity. *Colombia Médica*, 41(2), 179-185.
- Campos, R., Blesser, A. & Blatt, S. (2013). Recollections of Parental Rejection, Self-Criticism and Depression in Suicidality. *Archives of Suicide Research*, 17:58–74, 2013. DOI: 10.1080/13811118.2013.748416
- Carmona, J.A., Tobón, F., Jaramillo, J.C. & Areiza, Y. (2010). El Suicidio en la Pubertad y la Adolescencia: Un abordaje desde la Psicología Social. FUNLAM: Medellín.
- Castro, V., Rangel, A., Camacho, P. & Rueda, G. (2010). Factores de riesgo y protectores para intento suicida en adultos colombianos con suicidabilidad. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 39(4) pp. 705-15.
- Centre for suicide prevention (June 23 de 2020). Sexual minorities and suicide prevention: Definitions. Recuperado de: <https://www.suicideinfo.ca/resource/sexual-minorities-suicide-prevention/>
- Chang, L. & Thambu, M. (2016). Cultural Factors in Suicide Prevention. In. Rory C. O’connor & Jane Pirkis. *The International Handbook of Suicide Prevention* (2a ed.). pp. 541-555. Wiley: UK.
- Chacón, M. & Finck, C. (2010). Ideación e intento suicida en hombres gay: en busca de un modelo explicativo. *Tesis de Grado Inédita, Maestría En Psicología, Universidad de Los Andes*.
- Chaparro, R. (2015). Diversidad Religiosa–Espiritual y Diversidad Sexual. Recuperado de: http://www.bdigital.unal.edu.co/50283/1/DIVERSIDAD_PANTALLA.pdf
- Christman, S. T. (2012). Coping with homonegative experiences among gay men: Impacts on

mental health, psychological well-being, and identity growth.

- Clemente, M. y González. A. (1996). *Suicidio. Una alternativa social*. Madrid: Biblioteca nueva.
- Clum, G. & Febraro, G. (2004). Social problem solving and suicide risk. In: E. C. Chang, T. J. D'Zurilla, and L. J. Sanna. *Social Problem Solving: Theory, Research, and Training* (pp. 67-82). <http://dx.doi.org/10.1037/10805-004>
- Cochran, W.G (1978). *Sampling techniques*, (3a ed). New York: Wiley.
- Cochran, S. D., & Mays, V. M. (2000). Life prevalence of suicide symptoms and affective disorders among men reporting same-sex sexual partners: Results from NHANES III. *American Journal of Public Health*, 90, 573-578.
- Cogollo Z, Gómez-Bustamante EM, Herazo E, Campo-Arias A. (2012). Validez y confiabilidad de la escala breve de Francis para actitud ante el cristianismo. *Revista de la Facultad de Medicina*; 60:103-110.
- Cohen, S., Kessler, R. C., & Gordon, L. U. (1995). Strategies for measuring stress in studies of psychiatric and physical disorders. En S. Cohen, R. C. Kessler, & L. U. Gordon (Eds.), *Measuring stress: A guide for health and social scientists* (pp. 3-26). Oxford University Press.
- Coker, T.R., Austin, S.B., & Schuster, M.A. (2010). The health and health care of lesbian, gay and bisexual adolescents. *Annual Review of Public Health*. 31, 457–477.
- Corte Constitucional de Colombia (2015). Sentencia T-478, 1998. *MP Ortiz Delgado, G.* Recuperado de: [http://www.corteconstitucional.gov.co/inicio/T-47815%20ExpT4734501%20\(Sergio%20Urrego\).pdf](http://www.corteconstitucional.gov.co/inicio/T-47815%20ExpT4734501%20(Sergio%20Urrego).pdf)
- Cotter, P., Corcoran, P., Mccarthy, J., Suilleabháin, F. O., Carli, V., Hoven, C., ... York, N. (2014). Victimization and Psychosocial Difficulties Associated with Sexual Orientation Concerns: A School-Based Study of Adolescents. *Irish Medical Journal*, 107(10), 310–317.
- Coyle, B. R. (2001). Twelve myths of religion and psychiatry: lessons for training psychiatrists in spiritually sensitive treatments. *Mental Health, Religion & Culture*, 4 (2), 149-174.
- Daruna, J.H., Barnes P.A. (1993). A neurodevelopmental view of impulsivity. In: McCown WG, Johnson JL, Shure MB, editors. *The impulsive client: Theory, research and treatment*. American Psychological Association; Washington, D.C. p. 23.
- Davis, B., Stafford, M. B. R., & Pullig, C. (2014). How Gay-Straight Alliance Groups Mitigate the Relationship Between Gay-Bias Victimization and Adolescent Suicide Attempts. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. <http://doi.org/10.1016/j.jaac.2014.09.010>
- D'Augelli, A. R., Hershberger, S. L., & Pilkington, N. W. (1998). Lesbian, gay, and bisexual youth

and their families: Disclosure of sexual orientation and its consequences. *American Journal of Orthopsychiatry*, 68(3), 361-371.

- D'Augelli, A. R. and Hershberger, S. L. (1993), Lesbian, gay, and bisexual youth in community settings: Personal challenges and mental health problems. *American Journal of Community Psychology*, 21: 421–448. doi:10.1007/BF00942151
- Deeley ST, Love AW. Does asking adolescents about suicidal ideation induce negative mood state? *Violence Victimization*. 2010; 25(5):677-88.
- Devries, Mak, Child, F., & Bacchus, A. & W. (2014). Childhood Sexual Abuse and Suicidal Behavior : *Pediatrics*, 133(5), 1331–1344. <http://doi.org/10.1542/peds.2013-2166>
- Diamond, G. M., Shilo, G., Jurgensen, E., D'Augelli, A. R., Samarova, V., & White, K. (2011). How depressed and suicidal sexual minority adolescents understand the causes of their distress. *Journal of Gay & Lesbian Mental Health*, 15(2), 130–151. <http://doi.org/10.1080/19359705.2010.532668>
- Dohrenwend, B. P. (2000). The role of adversity and stress in psychopathology: Some evidence and its implications for theory and research. *Journal of Health and Social Behavior*, 41, 1–19.
- Donahue, M. J., & Benson, P. L. (1995). Religion and the well-being of adolescents. *Journal of Social Issues*, 51, 145–160.
- Dubow, E. F., Kausch, D. F., Blum, M. C., Reed, J., & Bush, E. (1989). Correlates of suicidal ideation and attempts in a community sample of junior high and high school students. *Journal of Clinical Child Psychology*, 18, 158–166.
- Dunn, T. J., Baguley, T., & Brunsdon, V. (2014). From alpha to omega: A practical solution to the pervasive problem of internal consistency estimation. *British Journal of Psychology*, 105(3), 399–412. doi: 10.1111/bjop.12046.
- Duncan, D. T., & Hatzenbuehler, M. L. (2014). Lesbian, gay, bisexual, and transgender hate crimes and suicidality among a population-based sample of sexual-minority adolescents in Boston. *American Journal of Public Health*, 104(2), 272–278. <http://doi.org/10.2105/AJPH.2013.301424>
- Eisenberg, M. E., McMorris, B. J., Gower, A. L., & Chatterjee, D. (2016). Bullying victimization and emotional distress: Is there strength in numbers for vulnerable youth? *Journal of Psychosomatic Research*, 86, 13–19. <http://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2016.04.007>
- Eisenberg, M.E. & Resnick, M.D. (2006). Suicidality among Gay, Lesbian and Bisexual Youth: The Role of Protective Factors. *Journal of Adolescent Health*, 39, 662–668. doi: 10.1016/j.jadohealth.2006.04.024

- Emmons, R. A. (1999). *The psychology of ultimate concerns: Motivation and spirituality in personality*. New York: Guilford Press.
- Eskin, M. (1995). Suicidal as related to social support and assertiveness among Swedish and Turkish high school students: A cross-cultural investigation. *Journal of Clinical Psychology*, 51, 158–172.
- Exline, J. J. & Rose, E. (2014). Religious and spiritual struggles. In: Paloutzian RF, Park CL. *The handbook of the psychology of religion and spirituality*. New York: Guilford. pp. 315-330.
- Espada, J.P.; Morales, A.; Orgilés, A. y Ballester, R. (2012). Autoconcepto, ansiedad social y sintomatología depresiva en adolescentes españoles según su orientación sexual". *Ansiedad y Estrés*, 18 (1), 31-41.
- Espelage, D.L. & Holt M.K. (2013). Suicidal ideation and school bullying experience after controlling for depression and delinquency. *Journal of Adolescent Health*. 53(1), S27-S31. Doi: 10.1016/j.adohealth.2012.09.017
- Evans, E., Hawton, K., & Rodham, K. (2004). Factors associated with suicidal phenomena in adolescents: A systematic review of population-based studies. *Clinical Psychology Review*, 24(8), 957-979. Doi:10.1016/j.cpr.2004.04.005
- Fernández, M., & Vásquez, F. (2013). En torno al rechazo, la salud mental y la resiliencia en un grupo de jóvenes universitarios gays, lesbianas y bisexuales. *Revista Griot*, 6(1), 44.
- Ferguson, C.J. (2009). An effect size primer: a guide for clinicians and researchers. *Professional Psychology: Research and Practice*. 40,532–538. DOI: 10.1037/a0015808
- Fergusson, D. M., Horwood, L. J., & Beautrais, A. L. (1999). Is sexual orientation related to mental health problems and suicidality in young people? *Archives of General Psychiatry*, 56, 876-880. 91, 933-939.
- Ferlatte, J. D., Hottes, T.S., Trussler, T. & Marchand, R. (2015). Suicide related ideation and behavior among Canadian gay and bisexual men: a syndemic analysis. *BMC Public Health*, 15:597. DOI 10.1186/s12889-015-1961-5
- Fish, J.N., Rice, C.E., Lanza, S.T. et al. (2019). ¿Is Young Adulthood a Critical Period for Suicidal Behavior among Sexual Minorities? Results from a US National Sample. *Prevention Science* 20, 353–365. <https://doi.org/10.1007/s11121-018-0878-5>
- Florenzano, R. (2018). La relevancia de la espiritualidad en la prevención del suicidio. En: El Suicidio: Teoría y Clínica, Alejandro Gómez, Hernán Silva y Roberto Amon (Eds.). (pp 221-228). Mediterráneo: Santiago de Chile.
- Floyd, F. J., & Bakeman, R. (2006). Coming-out across the life course: Implications of age and historical context. *Archives of Sexual Behavior*, 35(3), 287-296. <https://doi.org/10.1007/s10508-006.9033-x>

- Floyd, F. J., and Stein, T. S. (2002). Sexual orientation identity formation among gay, lesbian, and bisexual youths: Multiple patterns of milestone experiences. *Journal of Research Adolescence*, 12: 167–191.
- Frías-Navarro, M.D., Pascual-Llobell, J. & García-Pérez, J.F. (2000). Tamaño del efecto del tratamiento y significación estadística. *Psicothema*, 12, 236-240.
- Friedman MS, Silvestre AJ, Gold MA, Markovic N, Savin-Williams RC, et al. (2004). Adolescents define sexual orientation and suggest ways to measure it. *Journal of Adolescence*. 27, 303–17.
- Gaete, V. (2015). Desarrollo psicosocial del adolescente. *Revista Chilena de Pediatría*, 86(6):436-443. <http://dx.doi.org/10.1016/j.rchipe.2015.07.005>
- Gallagher, R., Rostosky, S., & Hughes, H. (2004). School Belonging, Self-Esteem, and Depressive Symptoms in Adolescents: An Examination of Sex, Sexual Attraction Status, and Urbanicity. *Journal of Youth and Adolescence*, 33, No. 3, pp. 235–245.
- Garnett, B. R., Masyn, K. E., Austin, S. B., Miller, M., Williams, D. R., & Viswanath, K. (2014). The Intersectionality of Discrimination Attributes and Bullying Among Youth: An Applied Latent Class Analysis. *Journal of Youth and Adolescence*, 43(8), 1225–1239. <http://doi.org/10.1007/s10964-013-0073-8>
- Gómez, A. (2018). Nomenclatura y clasificación de la conducta suicida. En: El Suicidio: Teoría y Clínica, Alejandro Gómez, Hernán Silva y Roberto Amon (Eds.). (pp 15-21). Mediterráneo: Santiago de Chile.
- Goldbach, & Gibbs, J. (2015). Strategies Employed by Sexual Minority Adolescents to Cope with Minority Stress. *Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity*, 2015, Vol. 2, No. 3, 297–306, <http://dx.doi.org/10.1037/sgd0000124>
- Goldbach, J. & Gibbs, (2017). Developmentally informed adaptation of minority stress for sexual minority adolescents. *Journal of Adolescence*, 55, 36-50. <http://dx.doi.org/10.1016/j.adolescence.2016.12.007>
- Gould, M.S., Marrocco, F.A., Kleinman, M., Thomas, J.G., Mostkoff, K., Cote, J., et al. (2005). Evaluating iatrogenic risk of youth suicide screening programs: a randomized controlled trial. *JAMA*; 293(13):1635-43.
- Grossman, D. C., Milligan, B. C., & Deyo, R. A. (1991). Risk factors for suicide attempts among Navajo adolescents. *American Journal of Public Health*, 81, 870–874.
- Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida (2010). *Guía de práctica clínica de prevención y tratamiento de la conducta suicida*. España, Ministerio de Ciencia e Innovación.

- Goldston DB, Daniel SS, Erkanli A, Reboussin BA, Mayfield A, Frazier PH, Treadway SL (2009). Psychiatric diagnoses as contemporaneous risk factors for suicide attempts among adolescents and young adults: developmental changes. *Journal Consulting Clinical Psychology*; 77(2), 281.
- González, J.M. (1985). Comportamiento sexual del universitario. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 17, 1, 7-56.
- González, C. (2009). Propiedades Psicométricas de la escala de desesperanza de Beck en una muestra bogotana. *Psychologia: avances de la disciplina*. 3, 2, 17-30.
- González Ortiz, J. O. (2009). Contextos explicativos de los suicidios en Bogotá 1996-2005, 1-443.
- Goodenow, C., Szalacha, L., & Westheimer, K. (2006). School support groups, other school factors, and the safety of sexual minority adolescents. *Psychology in the Schools*, 43(5), 573-589.
- Haas, Ann P. et al. (2011). Suicide and Suicide Risk in Lesbian, Bisexual and Transgender Populations: Review and Recommendations. *Journal of Homosexuality*, 58(1) 10-51.
- Hallfors, D. D., Waller, M. W., Ford, C. A., Halpern, C. T., Brodish, P. H., & Iritani, B. (2004). Adolescent depression and suicide risk: Association with sex and drug behavior. *American Journal of Preventive Medicine*, 27(3), 224-231
<http://doi.org/10.1016/j.amepre.2004.06.001>
- Halpert, S. C. (2008). Suicidal Behavior Among Gay Male Youth Suicidal Behavior Among Gay Male Youth. *Journal of Gay & Lesbian Psychotherapy*, 6(3), 53-79.
<http://doi.org/10.1300/J236v06n03>
- Hatzenbuehler, M.L. (2011). The social environment and suicide attempts in Lesbian, Gay and Bisexual Youth. *Pediatrics*, 127, 896-903
- Hatzenbuehler, M. L., Birkett, M., Van Wagenen, A., & Meyer, I. H. (2014). Protective School Climates and Reduced Risk for Suicide Ideation in Sexual Minority Youths. *American Journal of Public Health*, 104(2), 279-286. <http://doi.org/10.2105/AJPH.2013.301508>
- Hayes, A. (2018). Introduction to Mediation, Moderation, and Conditional Process Analysis: A Regression-Based Approach (2nd ed.). New York: Guilford Press.
- Hawton, K., Saunders, K.E.A., O'Connor, R.C. (2012). Self-harm and suicide in adolescents. *The Lancet*, 379 (9837), 2373-2382.
- Heck, N. C., Mirabito, L. A., LeMaire, K., Livingston, N. A., & Flentje, A. (2017). Omitted data in randomized controlled trials for anxiety and depression: A systematic review of the inclusion of sexual orientation and gender identity. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 85(1), 72-76. <http://dx.doi.org/10.1037/ccp0000123>

- Hershberger, S. L., Pilkington, N. W., & D'Augelli, A. R. (1997). Predictors of suicide attempts among gay, lesbian, and bisexual youth. *Journal of Adolescent Research*, 12(4), 477–497.
- Herrera-Lopez, M., Romera, E. & Ortega-Ruiz, R. (2017). Bullying y cyberbullying en Colombia; coocurrencia en adolescentes escolarizados. *Revista Latinoamericana de Psicología*. [online]. 2017, 49(3), 163-172. doi: /10.1016/j.rlp.2016.08.001
- Hill, P. C., Pargament, K. I., Hood, R. W., McCullough, M. E., Swyers, J. P., Larson, D. B., et al. (2000). Conceptualizing religion and spirituality: Points of commonality, points of departure. *Journal for the Theory of Social Behavior*, 30, 51–77.
- Hirsch, J.K. & Cohn, T. J., Rowe, C.A. & Rimmer, S.E. (2017). Minority Sexual Orientation, Gender Identity Status and Suicidal Behavior: Serial Indirect Effects of Hope, Hopelessness and Depressive Symptoms. *International Journal Mental Health Addiction*. 15, 260–270. DOI 10.1007/s11469-016-9723-x
- Hirsch, J. K., & Barton, A. L. (2011). Positive social support, negative social exchanges, and suicidal behavior in college students. *Journal of American College Health*, 59(5), 393–398. <http://doi.org/10.1080/07448481.2010.515635>
- Horliss H.L., Cochran, S.D., & Mays, V.M. (2002). Reports of parental maltreatment during childhood in a United States population-based survey of homosexual, bisexual, and heterosexual adults. *Child Abuse & Neglect*, 26, 1165–1178.
- Hu, L. & Bentler, P. M. (1999). Cut-off criterio for fit indices in covariance structure analysis: conventional criteria versus new alternatives. *Structural Equation Modeling A Multidisciplinary Journal*, 6(1), 1-55. [http:// dx.doi.org/10.1080/10705519909540118](http://dx.doi.org/10.1080/10705519909540118)
- Hsieh, F. Y., Bloch, D. A., & Larsen, M. D. (1998). A simple method of sample size calculation for linear and logistic regression. *Statistics in Medicine*, 17, 1623-1634.
- Huang, Y., Li, P., Lai, Z., Xia, X., Xiao, D., Wang, T.,...,Lu, C. (2018). Association between sexual minority status and suicidal behavior among Chinese adolescents: A moderated mediation model. *Journal of Affective Disorders*, 239, 85–92. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2018.07.004>
- Husky, M., Guignard, R., Beck, F. & Michel, G. (2013). Risk behaviors, suicidal ideation and suicide attempts in a nationally representative French sample. *Journal of Affective Disorders*, 151, 1059–1065. doi.org/10.1016/j.jad.2013.08.035
- Instituto Nacional de Salud (2016). Pro intento de suicidio. Recuperado de: [http://www.hosusana.gov.co/sites/default/files/u1/capacitacion/PRO%20Intento%20de%20suicidio\(2\).pdf](http://www.hosusana.gov.co/sites/default/files/u1/capacitacion/PRO%20Intento%20de%20suicidio(2).pdf)
- Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses (2018). *Forensis*. Recuperado en Mayo de 2019 de: www.medicinalegal.gov.co

- James, L. R., Mulaik, S. A., & Brett, J. M. (2006). A tale of two methods. *Organizational Research Methods*, 9, 233-244
- Kaltiala, H. R., Rimpela, M., Marttunen, M., Rimpela, A., & Rantanen, P. (1999). Bullying, depression, and suicidal ideation in Finnish adolescents: School survey. *British Medical Journal*, 319, 348–351.
- King, M., Semlyen, Sharon J., Killaspy, H., Osborn, D., Popelyuk, D., ... Nazareth. (2008). A systematic review of mental disorder, suicide, and deliberate self harm in lesbian, gay and bisexual people. *BMC Psychiatry*, 8(1), 70. <http://doi.org/10.1186/1471-244X-8-70>
- Kinsey, A.C., Pomeroy, W.B., Martin, C.E. (1948). *Sexual behavior in the human male*. Philadelphia: WB Saunders.
- Kleiman, E. M., & Liu, R. T. (2014). Prospective prediction of suicide in a nationally representative sample: Religious service attendance as a protective factor. *British Journal of Psychiatry*, 204(4), 262–266. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.113.128900>.
- Kohlbrenner, V., Deuba, K., Karki, D. K., & Marrone, G. (2016). Perceived Discrimination Is an Independent Risk Factor for Suicidal Ideation among Sexual and Gender Minorities in Nepal. *Plos One*, 11(7). <http://doi.org/10.1371/journal.pone.0159359>
- Kowalski, R. M. y Limber, S. P. (2013). Psychological, physical, and academic correlates of cyberbullying and traditional bullying. *Journal of Adolescent Health*, 53(1), S13-S20. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jadohealth.2012.09.018>
- Langhinrichsen-Rohling, J., Lamis, D. A., & Malone, P. (2011). Sexual attraction status and adolescent suicide proneness: The role of hopelessness, depression, and social support. *Journal of Homosexuality*, 58,52-82.
- Lázarus, R. & Folkman, S. (1984). Ways of Coping Scale. *Stress, Appraisal and Coping. Journal of Personality and Social Psychology*, 45, 150-170
- Lawrence, Oquendo et al. (2016). Religion and suicide risk: A systematic review. *Archives of Suicide Research*, 20(1), 1–21.
- Levy, B. L., & Levy, D. L. (2016). When love meets hate : The relationship between state policies on gay and lesbian rights and hate crime incidence. *Social Science Research*, 1–18.
- Londoño, N., & Henao López, G., & Puerta, I., & Posada, S., & Arango, D., & Aguirre Acevedo, D. (2006). Propiedades psicométricas y validación de la escala de estrategias de coping modificada (EEC-M) en una muestra colombiana. *Universitas Psychologica*, 5 (2), 327-349.
- Lucassen, M., Stasiak, K., Samra, R., Frampton, C., y Merry, S. (2017). Sexual minority youth and depressive symptoms or depressive disorder: A systematic review and meta-analysis of

population-based studies *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry* 51(8) 774–787.
DOI: 10.1177/0004867417713664

- MacKinnon, D. (2008). *Introduction to Statistical Mediation Analysis*. New York: Lawrence Erlbaum Associates.
- Madge, N., Hawton, K., McMahon, E. M., Corcoran, P., De Leo, D., De Wilde, E. J., . . . Arensman, E. (2011). Psychological characteristics, stressful life events and deliberate self-harm: Findings from the child & adolescent self-harm in europe (CASE) study. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 20(10), 499-508. doi:10.1007/s00787-011-0210-4
- Madianos, M. G., Gefou, M. D., & Stefanis, C. N. (1993). Depressive symptoms and suicidal adolescents and young adults across Greece. *European Psychiatry*, 8, 139–146.
- Mann, J. (2003). Neurobiology of suicidal behaviour. *Nature Review Neuroscience*, 4, 819–828. doi:10.1038/nrn1220
- Manson, S. M., Beals, J., Dick, R. W., & Duclos, C. (1989). Risk factors for suicide among Indian adolescents at a boarding school. *Public Health Report*, 104, 609–614.
- Marshal, M., Dietz, L.J., Friedman MS, Stall, R., Smith, H.A., McGinley J, Thomas, B.C., Murray, PJ, D’Augelli, A.R. & Brent DA. (2011). Suicidality and Depression Disparities Between Sexual Minority and Heterosexual Youth: A Meta-Analytic Review. *Journal of adolescent health*; 49: 115-123
- Malley, E., Posner, M., Potter, L. (2008). *Suicide Prevention Resource Center. Suicide risk and prevention for lesbian, gay, bisexual, and transgender youth*. Newton, MA: Education Development Center, Inc.
- Mays, V.M., & Cochran, S.D. (2001). Mental health correlates of perceived discrimination among lesbian, gay, and bisexual adults in the United States. *American Journal of Public Health*, 91, 1869–1876.
- McMahon, E., Corcoran, P., McAuliffe, C., Keeley, H., Perry, I. & Arensman, E. (2013). Mediating Effects of Coping Style on Associations Between Mental Health Factors and Self-Harm Among Adolescents. *Crisis*, 34(4), 242–250. DOI: 10.1027/0227-5910/a000188
- McMillan, D., Gilbody, S., Beresford, E., & Neilly, L. (2007). Can we predict suicide and non-fatal self-harm with the Beck Hopelessness Scale? A meta-analysis. *Psychological Medicine*, 37, 769-778.
- Meyer, I.H. (1995). Minority stress and mental health in gay men. *Journal of Health and Social Behavior*, 36(1), 38-56. <https://doi.org/10.2307/2137286>
- Meyer, I. H. (2003). Prejudice, Social Stress, and Mental Health in Lesbian, Gay, and Bisexual

Populations: Conceptual Issues and Research Evidence. *Psychological Bulletin*, 129(5), 674–697. <http://doi.org/10.1037/0033-2909.129.5.674>

- Meyer, I. H., & Frost, D. M. (2013). Minority stress and the health of sexual minorities. In C. J. Patterson, & A. R. D'Augelli (Eds.), *Handbook of psychology and sexual orientation* (pp. 252-266). New York: Oxford University Press
- Meyer, I., Schwartz, S. & Frost, D. (2008). Social patterning of stress and coping: Does disadvantaged social statuses confer more stress and fewer coping resources? *Social Science & Medicine* 67, 368–379. doi:10.1016/j.socscimed.2008.03.012
- Meyer, I.H., Frost, D.M. and Nezhad, S. (2015). Minority Stress and Suicide in Lesbians, Gay Men, and Bisexuals. In: Peter Goldblum, Dorothy L. Espelage, Joyce Chu, and Bruce Bongar (Eds.). *Youth Suicide and Bullying: Challenges and Strategies for Prevention and Intervention* (pp. 177-187). New York: Oxford University Press.
- Meyer, I.H., Schwartz, S., Frost, D. (2008). Social patterning of stress and coping: Does disadvantaged social statuses confer more stress and fewer coping resources?, *Social Science & Medicine*, 67, 3,368-379. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2008.03.012>
- Ministerio de Salud. (1993). *Resolución 8430 de 1993: Normas científicas técnicas y administrativas para la investigación en Salud*. Bogotá: Minsalud.
- Ministerio de la Protección Social, UNODOC y Universidad CES. (2010). Situación de Salud Mental del adolescente en Colombia. Análisis especial sobre depresión e indicadores de suicidio. Disponible en: <http://psicopediahoy.com/salud-mental-adolescente-colombia/>
- Ministerio de Salud, Colombia (2015). Encuesta Nacional de Salud Mental. Tomo 1. Recuperado de:http://www.odc.gov.co/Portals/1/publicaciones/pdf/consumo/estudios/nacionales/CO031102015-salud_mental_tomoI.pdf
- Ministerio de Salud, Colombia (2017). Guía de Práctica Clínica para la prevención, diagnóstico y tratamiento de la ideación y/o conducta suicida. Recuperado de: http://gpc.minsalud.gov.co/gpc_sites/Repositorio/Otros_conv/GPC_CSuicida/GPC_C_Suicida_Profesionales.pdf
- Morrison, J. (2015). DSM-5: guía para el diagnóstico clínico. Gabriela Enríquez Coterá (Trad.). México, D.F.: Editorial El Manual Moderno
- Mu, H., Li, Y., Liu, L., Na, J., Yu, L., Bi, X., ... Pan, G. (2016). Prevalence and risk factors for lifetime suicide ideation, plan and attempt in Chinese men who have sex with men. *BMC Psychiatry*, 16(1), 1–10. <http://doi.org/10.1186/s12888-016-0830-9>
- Mueller, A. S., James, W., Abrutyn, S., & Levin, M. L. (2015). Suicide ideation and bullying among US adolescents: Examining the intersections of sexual orientation, gender, and race/ethnicity. *American Journal of Public Health*, 105(5), 981–985. <http://doi.org/10.2105/AJPH.2014.302391>

- Musick, M. A., Traphagan, J. W., Koenig, H. G., & Larson, D. B. (2000). Spirituality in physical health and aging. *Journal of Adult Development*, 7, 73–86.
- Nelson, J.M. (2009). Introduction to Psychology, Religion, and Spirituality. In James M. Nelson. *Psychology, Religion and Spirituality*, (pp. 3-41). New York: Springer.
- Nguyen, T. Q., Bandeen-Roche, K., German, D., Nguyen, N. T. T., Bass, J. K., & Knowlton, A. R. (2016). Negative Treatment by Family as a Predictor of Depressive Symptoms, Life Satisfaction, Suicidality, and Tobacco/Alcohol Use in Vietnamese Sexual Minority Women. *LGBT Health*, 0(0), lgbt.2015.0017. <http://doi.org/10.1089/lgbt.2015.0017>
- Nock, M., Borges, G., Bromet, E., Cha, C., Kessler, R. & Lee, S. (2008). Suicide and Suicidal Behavior, *Epidemiologic Reviews*, 30, 1, 133- 154, <https://doi.org/10.1093/epirev/mxn002>
- Nonnemaker, J. M., McNeely, C. A., & Blum, R. W. (2003). Public and private domains of religiosity and adolescent health risk behaviors: evidence from the National Longitudinal Study of Adolescent Health. *Social Science and Medicine*, 57, 2049–2054.
- Norman, R. E., Byambaa, M., De, R., Butchart, A., Scott, J., & Vos, T. (2012). The Long-Term Health Consequences of Child Physical Abuse , Emotional Abuse , and Neglect : A Systematic Review and Meta-Analysis. *PLoS Med*, 9(11), 1–31. <http://doi.org/10.1371/journal.pmed.1001349>
- Nurmi, J.E. (2013). Socialization and Self-Development: Channeling, Selection, Adjustment, and Reflection. In Handbook of Adolescent Psychology (eds R.M. Lerner and L. Steinberg). doi:10.1002/9780471726746.ch4
- Liu, R. & Mustanski, B. (2012). Suicidal Ideation and Self-Harm in Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender Youth. *American Journal of Preventive Medicine*, 42(3), 221-228.
- Little, R.J.A. Y Rubin, D.B. (2002): Statistical Analysis with Missing Data, Wiley y Sons.
- Lorenzo-Seva, U., & Ferrando, P.J. (2013). FACTOR 9.2 A comprehensive program for fitting exploratory and semiconfirmatory factor analysis and IRT models. *Applied Psychological Measurement*, 37(6), 497-498. doi:10.1177/0146621613487794
- Organización Mundial de la Salud. (2018). *Suicidio*. Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs398/es/>.
- Organización Mundial de la Salud (2003). *Informe mundial de la violencia*. OPS. Capítulo 7. Recuperado el 15 de septiembre de 2010, en <http://www.paho.org/>
- Organización Mundial de la Salud (2009). *Informe de la salud en el mundo*. Recuperado el 15 de septiembre de 2010, en <http://www.who.int/es/>

- Organización Panamericana de la Salud (2014). Prevención del suicidio un imperativo global. Recuperado de: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/136083/1/9789275318508_spa.pdf
- Organización Panamericana de la Salud (2014). Mortalidad por suicidio en las Américas [Internet]. 2014. 85 p. Available from: http://www.paho.org/pan/index.php?option=com_docman&task=doc_details&gid=253&Itemid=224.
- Ortiz-Hernández, L., & Valencia-Valero, R. G. (2015). Disparidades en salud mental asociadas a la orientación sexual en adolescentes mexicanos. *Cad. Saúde Pública*, 31(2), 417-430.
- Osman, A., Gutiérrez, P., Jiandani, J., Barrios, F., Linden, S. & Truelove, R. (2003). A preliminary validation of the Positive and Negative Suicide Ideation (PANSI) Inventory with normal adolescent samples. *Journal of Clinical Psychology*, 59, 493-512.
- Ospina Botero, D. (2001), Introducción al Muestreo. Bogotá: Unibiblos, Universidad Nacional de Colombia
- Ovejero, A., Smith, P. K., & Yubero, S. (2013). El acoso escolar y su prevención: Perspectivas internacionales. Madrid: Biblioteca Nueva
- Patton, G. C., Harris, R., Carlin, J. B., Hibbert, M. E., Coffey, C., Schwarz, M., et al. (1997). Adolescent suicidal behaviors: A population based study of risk. *Psychological Medicine*, 27, 715–724.
- Peach, H.G. (2003). Religion, spirituality and health: how should Australian's medical professionals respond? *MJA*. 178:86-8.
- Pérez-Olmos, I., Téllez, D.L., Vélez, A.L, & Ibáñez-Pinilla, M. (2012). Caracterización de factores asociados con comportamiento suicida en adolescentes estudiantes de octavo grado, en tres colegios bogotanos. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 41 (1), 26-47.
- Plutchik, R., & Van Praag, H. M. (1995). The nature of impulsivity definitions, ontology, genetics and relations to aggression. New York: Wiley
- Patrick, D. L., Bell, J. F., Huang, J. Y., Lazarakis, N. C., & Edwards, T. C. (2013). Bullying and quality of life in youths perceived as gay, lesbian, or bisexual in Washington state, 2010. *American Journal of Public Health*, 103(7), 1255–1261. <http://doi.org/10.2105/AJPH.2012.301101>
- Plöderl, M. & Tremblay, P. (2015) Mental health of sexual minorities. A systematic review, *International Review of Psychiatry*, 27:5, 367-385, DOI: 10.3109/09540261.2015.1083949
- Pompili, M., Lester, D., Forte, A., Seretti, M. E., Erbutto, D., Lamis, D. A., ... Girardi, P. (2014). Bisexuality and suicide: A systematic review of the current literature. *Journal of Sexual Medicine*, 11(8), 1903–1913. <http://doi.org/10.1111/jsm.12581>

- Piedmont, R. L. (2005). The role of personality in understanding religious and spiritual constructs. In R. F. Paloutzian, & C. L. Park (Eds.), *Handbook of the psychology of religion and spirituality* (pp. 253–273). New York: Guilford.
- Pineda-Roa, C. A. (2013). Factores asociados con riesgo de suicidio de adolescentes y jóvenes autoidentificados como lesbianas, gays y bisexuales: estado actual de la literatura. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 42(4), 333-349.
- Pineda-Roa, C.A. (2019). Factores de riesgo de ideación suicida en una muestra de adolescentes y jóvenes colombianos autoidentificados como homosexuales colombianos. *Revista Colombiana de Psiquiatría*. 48(1), 2-9.
- Plutchik, R., & Van Praag, H. (1989). The measurement of suicidality, aggressivity and impulsivity. *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry*, 13, 23-34
- Pino, M. J., & Herruzo, J. (2000). Consecuencias de los malos tratos, sobre el desarrollo psicológico. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 32(2).
- Remafedi, G. (1987). Adolescent Homosexuality: The adolescent's perspective. *Pediatrics*, 79, 326-330.
- Reinherz, H. Z., Giaconia, R. M., Silverman, A. B., Friedman, A., Pakiz, B., Frost, A. K., et al. (1995). Early psychosocial risks for adolescent suicidal ideation and attempts. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 34, 599–611.
- Rey Gex, C. R., Narring, F., Ferron, C., & Michaud, P. A. (1998). Suicide attempts among adolescents in Switzerland: Prevalence, associated factors and comorbidity. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 98, 28–33.
- Riley, T. J., Kirsch, A. C., Shapiro, J. B., & Conley, C. S. (2016). Examining stress and coping as a mediator for internalizing symptomatology: A comparison between sexual minority and majority first-year college students. *Journal of Adolescence*, 49, 124–133.
<http://doi.org/10.1016/j.adolescence.2016.03.005>
- Rivers, I., Duncan, N. y Besag, V. E. (2007), *Bullying: A Handbook for Rducators and Parents*, Westport, Greenwood/Praeger.
- Rofes, E. (1983). *"I Thought People Like that Killed Themselves": Lesbians, Gay Men, and Suicide*. San Francisco: Grey Fox Press.
- Rodríguez-González, Martínez López, Z., Tinajero-Vacas, C., Guisande-Couñago, M. A., & Páramo-Fernández, M. (2012). Adaptación española de la Escala de Aceptación Percibida (PAS) en estudiantes universitarios [Spanish adaptation of the Perceived Acceptance Scale (PAS) in university students]. *Psicothema*, 24(3), 483-488.
- Rohner, R. P. (1986). *The warmth dimension: Foundations of parental acceptance-rejection Theory*. Beverly Hills, CA: Sage Publications, Inc. (Disponible en Rohner Research

Publications, Storrs, CT).

- Rohner, R. P. (2004). The parental «acceptance rejection syndrome:» Universal correlates of perceived rejection. *American Psychologist*, 59, 830-840. doi: 10.1037/0003-066x.59.8.830
- Rohner, R., Khaleque, A. y Cournoyer, D. (2012). *Introduction to parental acceptance-rejection theory, methods, evidence, and implications*. Recuperado el 17 de Marzo de 2014 de <http://www.csiar.uconn.edu>
- Rohner, R. P. y Carrasco, M. A. (2014). Teoría de la Aceptación-Rechazo Interpersonal (IPARTheory): Bases Conceptuales, Método y Evidencia Empírica [Interpersonal Acceptance-Rejection Theory (IPARTheory): Theoretical Bases, Method and Empirical Evidence]. *Acción Psicológica*, 11(2), 9-26. <http://dx.doi.org/10.5944/ap.11.2.14172>
- RStudio Team (2016). RStudio: Integrated development for R. RStudio, Inc., Boston, MA. Retrieved from <http://www.rstudio.com/>
- Rubin D.B., (1987): Multiple Imputation for Nonresponse in Surveys, Wiley y Sons.
- Rubin D.B. (1996): Multiple imputation after 18+ years, J. of the American Statistical Association, 91, 473-489.
- Russell, S. T., Seif, H., and Truong, N.L. (2001) School Outcomes of Sexual Minority Youth in the United States: Evidence from a National Study. *Journal of Adolescence*, 24, 111-127.
- Russell, S.T. (2003). Sexual Minority Youth and Suicide Risk. *American Behavioral Scientist*, 46 (9), pp.1241-1257 DOI: 10.1177/0002764202250667
- Robinson, J. P., & Espelage, D. L. (2012). Bullying Explains Only Part of LGBTQ—Heterosexual Risk Disparities: Implications for Policy and Practice. *Source: Educational Researcher*, 41(8), 309–319. <http://doi.org/10.3102/0013189X12457023>
- Rostosky, S. S., Danner, F., & Riggle, E. D. (2007). Is religiosity a protective factor against substance use in young adulthood? Only if you're straight! *Journal of Adolescent Health*, 40, 440 – 447.
- Saewyc, E., Poon, C., Wang, N., Homma, Y., Smith, A., & the McCreary Centre Society. (2007). Not yet equal: The health of Lesbian, Gay & Bisexual Youth in BC. Vancouver, BC, Canada: McCreary Centre Society
- Saewyc, E.M., Skay, C.L., Bearinger, L.H., & Resnick, M.D. (2005). The prevalence of protective factors in the lives of bisexual adolescents in the U.S. and Canada. [abstract] *Journal of Adolescent Health*, 36 (2), 136-137.
- Saewyc, E.M., Skay, C.L., Reis, E., Pettingell, S.E., Bearinger, L.H., Resnick, M.D., Murphy, A., Combs, L. (2006). Hazards of stigma: The sexual and physical abuse of gay,

lesbian, and bisexual adolescents in the U.S. and Canada. *Child Welfare*, 85(2), 195-213.

- Saewyc, E. (2007). Contested conclusions: Claims that can (and cannot) be made from the current research on gay, lesbian, and bisexual teen suicide attempts. *Journal of LGBT Health Research*, 3(1), 79-87
- Saewyc, E. M. (2011). Research on adolescent sexual orientation: Development, health disparities, stigma, and resilience. *Journal of Research on Adolescence*, 21(1), 256–272.
<http://doi.org/10.1111/j.1532-7795.2010.00727.x>
- Sattler, F. A., Wagner, U., & Christiansen, H. (2016). Effects of minority stress, group-level coping, and social support on mental health of German gay men. *PLoS ONE*, 11(3), 1–14.
<http://doi.org/10.1371/journal.pone.0150562>
- Savin-Williams, R. C. (2001). Suicide Attempts Among Sexual-Minority Youths: Population and Measurement Issues. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69(6), 983–991.
<http://doi.org/10.1037//0022-006X.69.6.983>
- Savin-Williams, R. C., & Ream, G. L. (2003). Suicide attempts among sexual-minority male youth. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 32, 509–522
- Schafer J.L. y Graham, J. W., (2002): Missing data: our view of the state of the art, *Psychological Methods*, 7, 147-177.
- Serrano, M. & Flóres, M. (2005). Estrés, respuestas de afrontamiento e ideación suicida en adolescentes. *Psicología y Salud*, Vol. 15(2), 221-230.
- Shahabi, L., Powell, L. H., Musick, M. A., Pargament, K. I., Thoresen, C. E., Williams, D., et al. (2002). Correlates of self-perceptions of spirituality in American adults. *Annals of Behavioral Medicine*, 24, 59–68.
- Silverman, M. (2016). Challenges to Defining and Classifying Suicide and Suicidal Behaviors. In: *The International Handbook of Suicide Prevention* (2nd ed.). Rory C. O'Connor and Jane Pirkis (Editors), pp. 11-35. Wiley: UK
- Soon Kyu Choi, Shahrzad Divsalar, Jennifer Flórez-Donado, Krystal Kittle, Andy Lin, Ilan H. Meyer y Prince Torres-Salazar (2019). Estrés, salud y bienestar de las personas LGBT en Colombia: resultados de una encuesta nacional. Los Ángeles, CA: The Williams Institute. Recuperado de: <https://williamsinstitute.law.ucla.edu/wp-content/uploads/LGBT-Colombia-Spanish-May-2020.pdf>
- Suarez, Y., Caballero, C., Palacio, J., y Pineda-Roa, C.A. (2019). Adaptación, validez de constructo y confiabilidad de la escala de Riesgo Suicida Plutchik en adolescentes colombianos – Colombia. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 53, 3, 1-8.
- Sudman, Seymour. (1976). *Applied Sampling*. New York: Academic Press

- Sung-Hong, J., Espelage, D.L. y Kral, M.J. (2011). Understanding suicide among sexual minority youth in America: An ecological systems analysis. *Journal of Adolescence* 34, 885–894.
- Taha, Nicole, Florenzano U, Ramón, Sieverson R, Catalina, Aspillaga H, Carolina, & Alliende, L. (2011). La espiritualidad y religiosidad como factor protector en mujeres depresivas con riesgo suicida: consenso de expertos. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 49(4), 347-360. <https://dx.doi.org/10.4067/S0717-92272011000400006>
- Tomicic, A., Gálvez-Quiroz, C., Martínez, C., Fontbona, J., Rodríguez, J., Aguayo, F., Rosenbaum, C., Leyton, F. & Lagazzi, I. (2016). Suicidio en poblaciones lesbiana, gay, bisexual y trans: revisión sistemática de una década de investigación (2004-2014). *Revista médica de Chile*, 144(6), 723-733. <https://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872016000600006>
- Troiden, R. R. (1989). The formation of homosexual identities. *Journal of Homosexuality* 17, 43–73.
- Turecki, G., Ernst, C., Jollant, F., Labonte, B., & Mechawar, N. (2012). The neurodevelopmental origins of suicidal behavior. *Trends in Neurosciences*, 35(1), 14-23.
- Van Egmond, M. y Diekstra, R. F. W. (1989). «The Predictability of Suicidal Behavior: The Results of a Meta-analysis of Published Studies». En R. F. W. Diekstra, R. Maris, S. Platt, Schmidtke y G. Sonneck (Eds.). *Suicide and its Prevention. The Role of Attitude and Imitation*, Leiden, New York: Brill.
- Van Heeringen, C., Vincke, J. (2000). Suicidal acts and ideation in homosexual and bisexual Young people: A study of prevalence and risk factors. *Social Psychiatry & Psychiatric Epidemiology*, 35, 494-499.
- Viada, C., Bouza, C., Ballesteros, J., Fors, M., Robaina, M. & Rolando, U. (2016). Revisión Sistemática de los métodos de imputación de datos. En: Viada C. Bouza, C. Fors, M & Rolando U. *Experiencias en la modelación de la toma de decisiones en la salud humana, medio ambiente y desarrollo humano*, cap. 12, pp. 113-130. Recuperado de: <https://www.researchgate.net/publication/289248594>
- Villalobos-Galvis, F. (2009). Ideación suicida en jóvenes: Formulación y validación del modelo integrador explicativo en estudiantes de secundaria y superior. (Tesis doctoral inédita). Universidad de Granada, España.
- Villalobos-Galvis, F. (2010). Validez y fiabilidad del Inventario de Ideación Suicida Positiva y Negativa-PANSI, en estudiantes colombianos. *Universitas Psychologica*, 9 (2), 509-520.
- Villardón-Gallego, L. (1993). *El Pensamiento de suicidio en la adolescencia*. Madrid: Universidad de Deusto.
- Wagman Borowsky, I., Resnick, M. D., Ireland, M., & Blum, R. W. (1999). Suicide attempts among American Indian and Alaska native youth. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 153, 573–580.

- Walters, G. (2018). Why are mediation effects so small? *International Journal of Social Research Methodology*, doi: 10.1080/13645579.2018.1517232
- Wallace, J. M., & Forman, T. A. (1998). Religion's role in promoting health and reducing risk among American youth. *Health Education and Behavior*, 25, 721–741.
- Weishaar, M., Beck, A. (1992). Clinical and Cognitive Predictors of Suicide. Assessment and prediction of suicide.
- Webb, D. (2014). An anthropology of suicide. Recuperado de:
<https://thinkingaboute suicide.org/anthropology-of-suicidology/>
- Wenzel, A. Brown, G., & and A. T. Beck, A. (2009). Cognitive therapy for suicidal adolescents. In: *Cognitive Therapy for Suicidal Patients: Scientific and Clinical Applications*, (pp. 235-262). Washington: American Psychological Association.
- Whitaker, K., Shapiro, V. B., & Shields, J. P. (2016). School-Based Protective Factors Related to Suicide for Lesbian, Gay, and Bisexual Adolescents. *Journal of Adolescent Health*, 58(1), 63–68. <http://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2015.09.008>
- Wichstrom, L., & Hegna, K. (2003). Sexual orientation and suicide attempt: A longitudinal study of the general Norwegian adolescent population. *Journal of Abnormal Psychology*, 112, 144-151.
- Zinnbauer, B. J., Pargament, K. I., Cole, B., Rye, M. S., Butter, E. M., Belavich, T. G., et al. (1997). Religion and spirituality: Unfuzzing the fuzzy. *Journal for the Scientific Study of Religion*, 36, 549–564.

Anexos

I. Preguntas sociodemográficas e Instrumentos

**CUESTIONARIO DE EVALUACION DEL APOYO SOCIAL PERCIBIDO,
SEXUALIDAD Y AFRONTAMIENTO DE LA ADVERSIDAD EN LA VIDA DE
JÓVENES**

Instrucciones

*El propósito de este cuestionario es obtener información clara y seria sobre tu bienestar personal y social, la cual nos permitirá comprenderte y ayudarte en tu crecimiento personal. **No debes contestar aquí, coloca tus respuestas únicamente en la hoja de respuestas.** Este cuestionario es confidencial, es importante que seas muy sincero ante todo contigo mismo, contesta lo que tú creas, pienses y sientas sin estar pendiente de lo que contesten tus otros compañeros. No hay respuestas buenas ni malas, se trata de que elijas la que mejor te describa y se identifique contigo.*

DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

ID _____ Nombre de la Institución _____ Grado / Semestre: _____

Edad (en años cumplidos) _____

Ciudad de residencia _____

Sexo:	Hombre _____	Mujer _____
-------	--------------	-------------

Trabaja además de estudiar:	SI _____	NO _____
-----------------------------	----------	----------

Estrato (Marca con una X una opción)

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

DATOS FAMILIARES

¿Tu padre vive? SI ____, NO __

¿Tu madre vive? SI ____, NO __

Con quien vives actualmente (Puede marcar más de una casilla)

Mamá__ _	Papá__	Hermanos__	Tío__	Abuelos__	Otro__	Cuál__
-------------	--------	------------	-------	-----------	--------	--------

Cuantos Hermanos tiene (marca solo una casilla).

0	1	2	3	4 o más
---	---	---	---	---------

Cuál es el nivel de educación de tu mamá (marca solo una casilla).

Primaria__	Bachiller__	Estudios Técnico o tecnológico _____	Universitario (Encurso)____	Profesional graduado: _____	Estudios de Posgrado____
------------	-------------	-----------------------------------------	-----------------------------	-----------------------------	--------------------------

Cuál es el nivel de educación de tu papá (marca solo una casilla).

Primaria__	Bachiller__	Estudios Técnico o tecnológico _____	Universitario (En curso) ____	Profesional graduado: _____	Estudios de Posgrado____
------------	-------------	-----------------------------------------	-------------------------------	-----------------------------	--------------------------

PARTE I

Escala de espiritualidad

Ministerio de la Protección Social, UNODOC y Universidad CES. (2010). Situación de Salud Mental del adolescente en Colombia. Análisis especial sobre depresión e indicadores de suicidio. Disponible en: <http://psicopediahoy.com/salud-mental-adolescente-colombia/>

Instrucción. Marque con una equis (X) la respuesta que mejor se relacione con lo que piensa:

					Carga factorial
1. Búsqueda de consuelo por medios espirituales	A) Muchas veces _____	B) Algunas veces _____	C) Casi nunca _____	D) Nunca _____	.73

2. Frecuencia de asistencia a servicios religiosos	Mas de una vez a la semana _____	Cerca de una vez a la semana _____	Una a tres veces al mes _____	Menos de una vez al mes _____	Nunca	.59
3. Importancia dada a las creencias espirituales	Muy importante _____	Algo importante _____	Poco importante _____	Nada importante _____		.77

D. Por favor, lee cuidadosamente cada una de las frases 4 a 23. Si la frase describe tu situación personal DURANTE LAS ULTIMAS DOS SEMANAS (incluyendo hoy mismo), tacha la columna V (verdadero), frente a la respectiva frase y si la frase no refleja tu opinión, tacha la columna F (falso).

Escala de desesperanza de Beck

Beck, A.T., Weissman, A., Lester, D., & Trexler, L. (1974). The measurement of pessimism: The Hopelessness Scale. *Journal of consulting and clinical Psychology*, 42, 861-865.

Adaptación para Colombia: Gonzalez, C. (2009). Propiedades Psicométricas de la escala de desesperanza de Beck en una muestra bogotana. *Psychologia: avances de la disciplina*. 3, 2, 17-30.

(ítems 4 al 23, un factor)

Desesperanza	Carga Factorial
4. Veo el futuro con entusiasmo y esperanza	.53
5. Es mejor abandonar todo porque no puedo hacer que las cosas cambien.	.38
6. Cuando las cosas están mal, me tranquilizó porque sé que van a mejorar.	.34
7. No puedo imaginar cómo será mi vida dentro de 10 años.	.31
8. Tengo miedo para hacer lo que más me gusta.	.36
9. En el futuro espero tener éxito en lo que es más importante para mí.	.25
10. Me ha ido muy bien y espero obtener más cosas en la vida que la mayoría de las personas.	.33
11. No he tenido oportunidades y creo que no las tendré en el futuro.	.37
12. Mis experiencias pasadas me han preparado bien para el futuro.	.41
13. Creo que mi futuro será más malo que bueno.	.41
14. No tengo la esperanza de conseguir lo que quiero.	.56
15. Cuando pienso en el futuro creo que seré más feliz de lo que soy ahora.	.37
16. Las cosas no saldrán como yo quiero.	.56
17. Tengo gran fe en el futuro.	.59

18. Es una tontería desear algo pues nunca logro lo que quiero.	.58
19. Es muy difícil que en el futuro logre algo que me haga realmente feliz.	.49
20. Mi futuro es incierto.	.32
21. El futuro me traerá más cosas buenas que malas.	.45
22. Es inútil esforzarme por lo que quiero, porque lo más seguro es que no lo logre	.54
23. Mi futuro no traerá nada bueno para mí.	.45

Escala de riesgo suicida de Plutchik

Fuente original: Plutchik, R., & Van Praag, H. (1989). The measurement of suicidality, aggressivity and impulsivity. *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry*, 13, 23-34

Adaptación colombiana para adolescentes, Suarez, Y., Caballero, C., Palacio, J., y Pineda-Roa, C.A. (En estudio). Desempeño psicométrico de la escala de Riesgo Suicida - Plutchik en adolescentes de Santa Marta – Colombia.

(Preguntas 24 a 31)

Instrucción. Las siguientes preguntas tratan sobre cosas que usted ha sentido o hecho **en el último año**. Por favor conteste cada pregunta simplemente con un “SI” o “NO”.

	Depresión	Riesgo suicida
	Cargas factoriales	
24. ¿Tiene dificultades para conciliar el sueño?	.34	
25. ¿A veces nota que podría perder el propio control?	.51	
26. ¿Se ha sentido alguna vez inútil e inservible?	.49	
27. ¿Se ha sentido alguna vez tan fracasado/a que sólo quería meterse en la cama y abandonarlo todo?	.55	
28. ¿Está ahora deprimido/a?	.47	
29. ¿Se siente solo?	.53	
30. ¿Ha pensado alguna vez en acabar con su vida?		.75
31. ¿Le ha comentado a alguien, en alguna ocasión, que quería suicidarse?		.60
32. ¿Ha intentado alguna vez quitarse la vida?		.56

Escala de impulsividad de Plutchik

Fuente: Plutchik R, Van Praag H. The measurement of suicidality, aggressivity and impulsivity. *Progress in Neuropsychopharmacology Biology and Psychiatry*. 1989;13:523-34.

Adaptación para Hispanoamérica: Alcazar, M., Verdejo, A., Bouso, J. (2015). Propiedades psicométricas de la escala de impulsividad de Plutchik en una muestra de jóvenes hispanohablantes. *Actas Españolas de Psiquiatría*. 43(5):161-9.

Instrucción. A continuación, encontrará 11 situaciones (preguntas 33 hasta 43), Por favor lea cuidadosamente e indique con una X en la casilla correspondiente (Nunca, A veces, A menudo, Casi siempre) con que con qué frecuencia le ocurren las siguientes situaciones.

	Pregunta	Cargas factoriales
Imp33	¿Le resulta difícil esperar en una cola?	.42
Imp34	¿Hace cosas impulsivamente?	.67
Imp35	¿Gasta dinero Impulsivamente?	.47
Imp36	¿Pierde la paciencia a menudo?	.54
Imp37	¿Le resulta difícil controlar los impulsos sexuales?	.25
Imp38	¿Dice lo primero que se le viene a la cabeza?	.42
Imp39	¿Acostumbra a comer aun cuando no tenga hambre?	.34
Imp40	¿Usted es impulsivo/a?	.71
Imp41	¿Le resulta difícil controlar las emociones?	.48
Imp42	¿Se distrae fácilmente?	.51
Imp43	¿Le resulta difícil quedarse quieto?	.46

Inventario de ideación suicida Positiva y Negativa PANSI (Subescala Positiva)

Fuente: Osman, A., Gutiérrez, P., Jiandani, J., Barrios, F., Linden, S. & Truelove, R. (2003). A preliminary validation of the Positive and Negative Suicide Ideation (PANSI) Inventory with normal adolescent samples. *Journal of Clinical Psychology*, 59, 493-512.

Adaptación para Colombia: Villalobos-Galvis, F.H. (2010). Validez y fiabilidad del Inventario de Ideación Suicida Positiva y Negativa-PANSI, en estudiantes colombianos. *Universitas Psychologica*, 9 (2), 509-520.

Instrucción. A continuación, encuentras una lista de frases que se pueden aplicar a tu caso personal o no. Por favor lee atentamente cada frase y marca con una X en la hoja de respuestas la opción que mejor refleje tu situación **durante el último año**. (Nunca, Rara vez, Algunas Veces, Casi siempre, Siempre)

	Cargas Factoriales
44. ¿Has sentido que tenías el control de la mayoría de las situaciones de tu vida?	.52
45. ¿Tuviste esperanza en el futuro porque las cosas están saliendo como tú querías?	.66
46. ¿Te sentiste alegre porque te estaba yendo bien en el colegio o en el trabajo?	.58
47. ¿Tuviste confianza en las capacidades que tenías para enfrentar la mayoría de problemas de tu vida?	.72
48. ¿Sentiste que valía la pena vivir la vida?	.66
49. ¿Tuviste confianza en lograr tus metas en el futuro?	.73

Cuestionario de Eventos estresantes CEVE-A-R

Delgado, C. y Santacruz, M. (2011). Caracterización psicométrica del cuestionario de eventos vitales estresantes CEVE-A-R para adolescentes de Pasto Colombia. Tesis de Pregrado Inédita, Departamento de Psicología, Universidad de Nariño. Disponible en: <http://sired.udenar.edu.co/3987/1/86017.pdf>

Instrucción. A continuación encontrarás una lista de situaciones que las personas a veces viven. Por favor lee atentamente cada frase y recuerda si has vivido esa situación o no **en los últimos seis meses**. Si la viviste, marca con una X SI y luego especifica qué tanto te afectó en la casilla respectiva. Si no la viviste, marca NO y pasa a la siguiente situación

Nota: En varias frases se habla de tus SERES QUERIDOS, ten en cuenta que esto se refiere a tus padres, hermanos, familiares cercanos, novio, novia, pareja, mejor amigo o amiga. Lee cuidadosamente las palabras que están entre paréntesis ya que ellas te aclaran la respectiva frase.

	Evento vital	Carga factorial
50	Tu o alguno de tus seres queridos fue maltratado físicamente (puños, cachetadas, patadas, golpes) por parte de otro familiar	.51

51	Tu o alguno de tus seres queridos fue insultado o humillado por parte de un familiar	.51
52	Tu o alguno de tus seres queridos fue violado o intentaron violarlo, o fue obligado a tener actos sexuales contra su voluntad	.34

Escala de aceptación Percibida

Fuente: Brock, D.M., Sarason, I.G, Sanghvi, H., y Gurung, R.A. (1998). The Perceived Acceptance Scale: Development and validation. *Journal of Social and Personal Relationships*, 15, 5-21.

Adaptación Española: González, M. S. R., López, Z. M., Vacas, C. T., Couñago, M. A. G., & Fernández, M. F. P. (2012). Adaptación española de la Escala de Aceptación Percibida (PAS) en estudiantes universitarios [Spanish adaptation of the Perceived Acceptance Scale (PAS) in university students]. *Psicothema*, 24(3), 483-488.

Instrucción. En cada una de las siguientes afirmaciones, marque con una X sobre la opción que mejor considere corresponde a su relación con su padre o madre. (Totalmente en desacuerdo, Desacuerdo, Indiferente, De acuerdo, Totalmente de acuerdo)

Aceptación percibida madre	Cargas factoriales		
53. Mi madre me ha decepcionado en muchas ocasiones	.42		
54. Mi madre siempre está disponible cuando la necesito	.70		
55. Siento que mi madre me acepta	.80		
56. Mi madre me quiere y me cuida incondicionalmente	.74		
57. Mi madre nunca me ha comprendido	.37		
58. Me siento cómodo siendo “tal como soy” con mi madre	.57		
59. Mi madre siempre trata de no herir mis sentimientos	.51		
60. Mi madre confía en que hago lo que es mejor para mí	.59		
Falta de aceptación parental percibida			
61. A veces siento que mi madre no aprueba lo que hago		.67	
62. Mi madre me ha castigado demasiado		.41	
63. Mi padre me ha castigado demasiado		.57	
64. A veces siento que mi padre no aprueba lo que hago		.67	

65. Mi padre nunca me ha comprendido		.60	
Aceptación percibida padre			
66. Me siento cómodo siendo “tal como soy” con mi padre			.58
67. Mi padre siempre está disponible cuando le necesito			.77
68. Siento que mi padre me acepta			.79
69. Mi padre me quiere y me cuida incondicionalmente			.76
70. Mi padre siempre trata de no herir mis sentimientos			.60
71. Mi padre confía en que hago lo que es mejor para mí			.49

PARTE II

Cómo contestarás:

Es importante responder a todas las preguntas sin dejar ninguna en blanco, y sólo debes contestar una respuesta en cada pregunta de acuerdo a tu opinión personal. Recuerda es importante que seas muy sincero ante todo contigo mismo, contesta solo lo que tú creas, pienses y sientas:

Algunos jóvenes como tú, han tenido relaciones sexuales, las siguientes preguntas tienen que ver con tu experiencia en este aspecto.

72. ¿Has tenido relaciones sexuales? Si ____ No ____

Si respondiste NO, puedes ir a la pregunta 103.

Las relaciones sexuales son importantes en la vida de las personas. A pesar que es un tema muy privado, esperamos que puedas compartir esta información con nosotros para poder entender mejor tus necesidades personales, tus preocupaciones y preguntas. Recuerda que tus respuestas serán privadas.

73. Si respondiste SI a la pregunta anterior ¿Cuántos años tenías la primera vez que tuviste relaciones sexuales? **Tenía _____ Años.**

Escala de Estrategias de Afrontamiento

Fuente: Lázarus, R. & Folkman, S. (1984). Ways of Coping Scale. Stress, Appraisal and Coping. Journal of Personality and Social Psychology, 45, 150-170

Adaptación de: Chorot, P. & Sandín, B. (1993). Escala de Estrategias de Coping Revisado (EEC-R). Madrid: UNED.

Validación para Colombia: Londoño, N., & Henao López, G., & Puerta, I., & Posada, S., & Arango, D., & Aguirre Acevedo, D. (2006). Propiedades psicométricas y validación de la escala de estrategias de coping modificada (EEC-M) en una muestra colombiana. *Universitas Psychologica*, 5 (2), 327-349.

Instrucción. A continuación, se plantean diferentes formas que emplean las personas para afrontar los problemas o situaciones estresantes que se les presentan en la vida. Las formas de afrontamiento aquí descritas no son ni buenas ni malas, ni mejores o peores. Simplemente ciertas personas utilizan unas formas más que otras, dependiendo de la situación problema. Trate de recordar las diferentes situaciones o problemas más estresantes vividos durante el último año, y responda señalando con una X en el recuadro respectivo, el número que mejor indique qué tan habitual ha sido esta forma de comportamiento ante las situaciones estresantes. Usa la siguiente escala para marcar

1	2	3	4	5	6
Nunca	Casi Nunca	A veces	Frecuentemente	Casi Siempre	Siempre

	Afirmación	Carga factorial			
Reevaluación positiva					
74	Intento ver los aspectos positivos del problema	.65			
75	Intento sacar algo positivo del problema	.73			
76	A pesar de la magnitud de la situación tiendo a sacar algo positivo	.66			
77	Tengo muy presente el dicho “al mal tiempo buena cara”	.45			
78	Trato de identificar las ventajas del problema	.71			
Solución de Problemas					
79	Trato de solucionar el problema siguiendo unos pasos concretos bien pensados	.66			
80	Espero el momento oportuno para resolver el problema	.67			

81	Establezco un plan de actuación y procuro llevarlo a cabo		.64		
82	Pienso que hay un momento oportuno para analizar la situación		.62		
83	Hago frente al problema poniendo en marcha varias soluciones		.68		
84	Hasta que no tenga claridad frente a la situación, no puedo darle la mejor solución a los problemas		.54		
85	Pienso detenidamente los pasos a seguir para enfrentarme al problema		.69		
86	Analizo lo positivo y negativo de las diferentes alternativas		.66		
87	Frente a un problema, espero conocer bien la situación antes de actuar		.66		
Evitación cognitiva					
88	Procuro guardar para mí los sentimientos			.50	
89	Procuro que los otros no se den cuenta de lo que siento			.61	
90	Evado las conversaciones o temas que tienen que ver con el problema			.52	
91	Trato de ocultar mi malestar			.59	
92	Inhibo mis propias emociones			.57	
93	Niego que tengo problemas			.61	
94	Hago todo lo posible para ocultar mis sentimientos a los otros			.74	
95	Trato de evitar mis emociones			.67	
Evitación cognitiva					
96	Salgo al cine, a dar una vuelta, etc., para olvidarme del problema				.60
97	Evito pensar en el problema				.60
98	Busco actividades que me distraigan				.63
99	Me ocupo de muchas actividades para no pensar en el problema				.72

100	Dejo a un lado los problemas y pienso en otras cosas				.59
-----	------------------------------------------------------	--	--	--	-----

101. ¿Cuál de las siguientes opciones describen mejor tus sentimientos?

- (a) Me atraen solamente las chicas
- (b) (f) No estoy seguro.
- (c) Me atraen principalmente las chicas y un poco los chicos
- (d) Me atraen igualmente las chicas y los chicos
- (e) Me atraen principalmente los chicos y un poco las chicas.
- (f) Me atraen solamente los chicos

Escala de Bullying (Subescala de Items Víctima)

Brighi, A., Ortega, R., Scheitauer, H., Smith, P.K., Tsormpatzoudis, C., Barkoukis, V., ... del Rey, R. (2012). European Bullying Intervention Project Questionnaire (EBIPQ)

Adaptación para Colombia: Herrera-Lopez, M., Romera, E. and Ortega-Ruiz, R. (2017). Bullying y cyberbullying en Colombia; coocurrencia en adolescentes escolarizados. *Revista Latinoamericana de Psicología*. [online]. 2017, 49, 3, pp.163-172. <http://dx.doi.org/10.1016/j.rlp.2016.08.001>

A continuación, encontraras situaciones que te pueden haber ocurrido en tu colegio actualmente o en el pasado en tu estadía en el colegio. Marca con una X en la hoja de respuestas según corresponda: 0: nunca; 1: 1 o 2 veces; 2: 1 o dos veces al mes; 3: Alrededor de una vez por semana; 4: Más de una vez a la semana

Afirmación	Carga factorial
102. En el colegio, alguien me ha golpeado, me ha pateado o ha empujado	.53
103. En el colegio, alguien me ha insultado	.70
104. En el colegio, alguien ha hablado mal de mí	.70
105. Alguien me ha amenazado	.57
106. He sido excluido (sacado) o ignorado por otras personas	.64
107. Alguien ha difundido o inventado rumores (chismes) sobre mí	.64
108. Alguien me ha robado o roto mis cosas	.61

II. Formulario de Consentimiento Informado

Versión: 01

Fecha de elaboración: noviembre 11 / 2017

Título del estudio: Determinantes individuales y contextuales del riesgo suicida en jóvenes colombianos escolarizados.

Investigador principal: Carlos Alejandro Pineda Roa, Msc. **Co-investigadora:** Ana Mercedes Bello Villanueva.

Donde se desarrolla la investigación: Diferentes instituciones educativas de varias ciudades colombianas.

Naturaleza y objetivo del estudio: Establecer las características de un modelo que explique los pensamientos e intento suicidas en varones jóvenes escolarizados entre 14 y 24 años.

Propósito: Este consentimiento tiene el propósito de solicitar su autorización para participar en el estudio titulado: “Determinantes individuales y contextuales de la ideación suicida en jóvenes colombianos escolarizados” que busca establecer qué variables tanto individuales como del contexto físico y social inciden en las ideas suicidas de jóvenes escolarizados.

Procedimientos:

He sido informado que durante el transcurso del presente estudio se aplicarán los siguientes instrumentos:

Cuestionario socio demográfico. Cuestionario de ideas suicidas, afrontamiento, desesperanza, eventos estresantes, impulsividad, espiritualidad, apoyo social parental, atracción sexual. Los documentos originales impresos del presente estudio serán guardados bajo llave durante dos años.

Riesgos/incomodidades: He sido informado de que el presente estudio está considerado en la categoría de investigación con riesgo mínimo según la resolución 8430 de 1993 capítulo I artículo 11, ya que, evalúa mis condiciones de salud ante eventos adversos, sexualidad y apoyo social y que ninguna pregunta representa riesgo para mi salud física o psicológica. Eventualmente, es posible que durante la realización de la evaluación psicológica me sienta un poco cansado o sienta un poco de incomodidad, debido a que algunas de las preguntas conllevan gran sensibilidad. Por tal motivo, durante el transcurso de la evaluación podré tomar un receso previamente acordado con el evaluador con el objetivo de dar mis respuestas lo mejor posible.

Beneficios: Participar en el estudio no genera un beneficio directo para usted, pero los resultados obtenidos del estudio podrán generar beneficio futuro para muchas personas. Si desea poder acceder a los resultados de las pruebas, háganoslo saber SI ____ NO ____.

Voluntariedad: Su participación es voluntaria. Si usted decide no participar o retirarse del estudio en cualquier momento, aun cuando haya iniciado su participación en el estudio puede hacerlo sin que esto ocasione una sanción o castigo para usted.

Confidencialidad: He sido informado de que se mantendrá la confidencialidad de los resultados en el presente estudio. Solamente el grupo de investigadores podrán tener acceso a los resultados del presente estudio. Si los resultados del presente estudio son publicados, en ningún momento mi nombre será incluido. En todo momento mi identidad y datos personales permanecerán de forma confidencial.

Compartir los resultados: Los resultados de la investigación se compartirán en tiempos adecuados en publicaciones, revistas, conferencias, etc., pero la información personal permanecerá confidencial.

Conflicto de intereses: El investigador no tiene conflicto de interés con los participantes ni con los patrocinadores.

Información de contacto: Si tuviera alguna pregunta respecto a la presente investigación, o requiero ayuda profesional, deberé ponerme en contacto con: Carlos Pineda Roa, Doctorado en psicología, Universidad del Norte. Celular 3112031273 Email: pinedaac@uninorte.edu.co. Daniela Díaz Agudelo, Presidenta Comité de ética en investigación en el área de la salud Universidad del Norte. Kilómetro 5 Vía Puerto Colombia. Bloque F primer piso. Teléfono 3509509 Ext. 3493

Declaración del investigador: Yo certifico que le he explicado a esta persona la naturaleza y el objetivo de la investigación, y que esta persona entiende en que consiste su participación, los posibles riesgos y beneficios implicados. Todas las preguntas que esta persona ha hecho le han sido contestadas en forma adecuada. Así mismo, he leído y explicado adecuadamente las partes del consentimiento informado.

Hago constatar con mi firma.

Nombre del investigador: _Carlos Alejandro Pineda Roa.

Firma:

Fecha: (dd/mm/aa): _____

Firma del participante: He leído completamente el presente consentimiento y doy fe de que entiendo este completamente. Todas las preguntas respecto al presente consentimiento y al estudio han sido respondidas de manera satisfactoria. Estoy de acuerdo en participar en el presente estudio de investigación.

Nombre del participante: _____

Firma: _____

Fecha (dd/mm/aa): _____

III. Formulario de asentimiento informado

Información para menores de edad

Versión: 01

Fecha de elaboración: noviembre 11 / 2017

Título del estudio: Determinantes individuales y contextuales de la ideación suicida en jóvenes escolarizados residentes en Bogotá y Barranquilla

Investigador principal: Carlos Alejandro Pineda Roa; **Co-investigadora:** Ana Mercedes Bello Villanueva.

Entidad donde se desarrolla la investigación: Universidad del Norte, Departamento de psicología, Km. 5 Via a Puerto Colombia. Barranquilla Colombia

Introducción:

Mi nombre es Carlos Alejandro y mi trabajo consiste en investigar qué hechos influyen para que algunos adolescentes tengan ideas suicidas. Con esta investigación queremos contribuir a comprender mejor este problema. Te voy a dar información e invitarte a tomar parte de este estudio. Puedes elegir si participar o no. Hemos discutido esta investigación con tus padres/apoderado y ellos saben que te estamos preguntando a ti también para tu aceptación. Puedes discutir cualquier aspecto de este documento con tus padres o amigos o cualquier otro con el que te sientas cómodo. Puedes decidir participar o no después de haberlo discutido. No tienes que decidirlo inmediatamente.

¿Por qué se está haciendo esta investigación?

Se busca establecer qué variables tanto personales como del contexto físico y social inciden en los pensamientos suicidas de jóvenes escolarizados entre 14 y 24 años.

¿Qué tengo que hacer?

Lo único que te pedimos es que respondas a las preguntas que encontrarás en unos cuestionarios diciendo la verdad y preguntando cuando no entiendas algo.

¿Por qué me piden que participe?

Las preguntas se aplicarán a estudiantes de bachillerato y de universidad que tengan entre 14 y 24 años. Por tanto, escogimos algunos cursos y como tú estás en ese grupo, por eso te pedimos que nos colabores.

¿Tengo que hacer esto? ¿Puedo elegir no participar en la investigación? ¿Puedo cambiar de idea?

La participación en este estudio no es obligatoria. Es decir, nadie te obligará a participar en ella si no lo quieres. Es tu decisión participar o no en la investigación, y sea la decisión que sea, estará bien y no cambiará nada. Incluso si dices que “sí” ahora, puedes cambiar de idea más tarde y estará bien todavía.

¿Qué pasa si mis padres no quieren que yo participe?

Para que tú puedas participar en la investigación necesitamos que tú quieras participar, pero también que tus padres lo aprueben. Si tú o tus padres no autorizan que tú participes, entonces no te aplicaremos ningún cuestionario.

¿Esto es malo o peligroso para mí?

No, de ninguna manera, este proyecto ha sido aprobado porque no hay riesgo relevante para las personas que participen en él. Tal vez puedes sentirte cansado al leer todas las preguntas o sentir cierta incomodidad por algunas de ellas. Quizá algunas de las preguntas te harán recordar cosas o personas del pasado que no te gusten. También es probable que encuentres ciertas frases que se ajusten a lo que tú eres y ello te puede preocupar un poco. Si eso es así, debes comentarlo con la persona que te está aplicando el cuestionario quien te podrá aclarar tus dudas o incluso ayudarte.

¿Para qué sirve esta investigación?

Esta investigación podrá dar respuestas a los hechos que influyen en la aparición de pensamientos suicidas y en el futuro ayudará a diseñar intervenciones individuales y grupales que ayuden a otros jóvenes a reducir sus problemas relacionados con ideas de querer suicidarse.

¿Voy a recibir algo por participar en la investigación?

No hay seguridad de que el estudio te reporte algún beneficio directo. El principal beneficio es para la salud de todos los jóvenes en un futuro, que se podrán beneficiar de mejores programas que surjan de los hallazgos del presente estudio y que ayuden a los jóvenes a superar sus condiciones difíciles.

¿Qué pasa si tengo alguna pregunta o duda?

Puede que haya algunas palabras que no entiendas o cosas que quieras que te las explique mejor porque estás interesado o preocupado por ellas. Por favor, puedes pedirme que pare en cualquier momento y me tomaré tiempo para explicártelo.

¿Quién se va a enterar de lo que yo responda?

En primer lugar, los cuestionarios serán anónimos. Es decir que no tendrán ningún dato que permita saber quien lo respondió. En segundo lugar, los datos recolectados serán manejados únicamente por el equipo de investigación y NADIE más los conocerá.

Compartir los resultados ¿Me informarán de los resultados?

Los resultados de la investigación se compartirán en tiempos adecuados en publicaciones, revistas, conferencias, etc., pero la información personal permanecerá confidencial. Se entregará un informe general por grados al colegio pero tu nombre nunca estará en dicho informe.

Y ¿qué pasa si al responder los cuestionarios descubro que necesito ayuda psicológica?

Si llegaras a verte muy triste o asustado por lo que respondiste en los cuestionarios, debes contárselo a quien aplica las pruebas y esa persona te dará información telefónica acerca de dónde te pueden ayudar en tu ciudad gratuitamente (por ejemplo, línea amiga 106 en Bogotá ó 018000112439 a nivel nacional. También puedes contárselo a tus padres y ellos te llevarán a que te atienda el médico en tu EPS y este te remita a psicología. Sin embargo, también puedes conversar esto con tus amigos de confianza, algún profesor o alguien en quien tú confías plenamente.

Información de contacto: Si tuviera alguna pregunta respecto a la presente investigación, o requiero ayuda profesional, deberé ponerme en contacto con: **Carlos Alejandro Pineda Roa**, Doctorado en psicología, Universidad del Norte. Celular 3112031273 Email: pinedaac@uninorte.edu.co

Datos del comité de ética en investigación que avala el proyecto:

Daniela Díaz Agudelo - Presidente. Comité de ética en investigación en el área de la salud
Universidad del Norte. Kilómetro 5 Vía Puerto Colombia. Bloque F primer piso. Tel
3509509 ext. 3493.

Correo del Comité de Ética en Investigación: comite_eticauninorte@uninorte.edu.co

Página web del Comité: www.uninorte.edu.co/divisiones/salud/comite_etica

Si tu decisión es NO participar en la investigación, por favor no la firmes, simplemente devuélvela a quien te la entregó. Si tu decisión es SI participar, por favor lee la información del siguiente. **Si elegiste ser parte de esta investigación, también te daré una copia de esta información para ti. Puedes pedir a tus padres que lo examinen si quieres.**

Formulario de Asentimiento

“Sé que puedo elegir participar en la investigación o no hacerlo. Sé que puedo retirarme cuando quiera. He leído esta información y la entiendo. Me han respondido las preguntas y sé que puedo hacer preguntas más tarde si las tengo. Entiendo que cualquier cambio se discutirá conmigo. Acepto participar en la investigación:

Nombre del niño/a _____

Firma del niño/a: _____

Fecha (Día/mes/año): _____

Copia dada al participante _____ (iniciales del investigador/asistente)

**El Padre/madre/apoderado ha firmado un consentimiento informado Si No
(iniciales del investigador/asistente)**

Declaración del investigador

Yo certifico que le he explicado al menor de edad la naturaleza y el objetivo de la investigación, y que él o ella entiende en qué consiste su participación, los posibles riesgos y beneficios implicados. Todas las preguntas que el menor de edad ha hecho le han sido contestadas en forma adecuada. Así mismo, he leído y explicado adecuadamente las partes del asentimiento. Hago constar con mi firma.

Nombre del investigador: Carlos Alejandro Pineda Roa Firma:

IV. Resultados con Base de Datos imputados

Modelo 1

Índices de ajuste:

En hombres: (N=1191; $X^2 = 307.32$; gl=200; p=0,000; CFI=0,99; RMSEA=0,021, IC90% (0.016-0.026); AGFI=1,0; SRMR=0,04; TLI=0,98; $X^2/gl=1,53$; ECVI=0.34.

En mujeres: (N=1873; $X^2 = 647.04$; gl=200; p=0,000; CFI=0,97; RMSEA=0,03, IC90% (0.032-0.038); AGFI=0,99; SRMR=0,04; TLI=0,96; $X^2/gl=1,40$; ECVI=0.40.

Efectos directos de la Falta de Aceptación Parental, Bullying y Depresión sobre la relación entre Atracción Sexual y Riesgo de Suicidio en jóvenes escolarizados colombianos.

	Path	B		Error		Z		p		β	
		H	M	H	M	H	M	H	M	H	M
Riesgo de suicidio											
Depresión	e	0,60	0,68	0,05	0,04	11,31	15,98	0,00	0,00	0,56	0,60
Falta de apoyo parental	h	-0,03	0,02	0,04	0,03	-0,80	0,80	0,42	0,42	-0,02	0,02
Bullying	i	0,11	0,10	0,03	0,02	3,38	4,09	0,00	0,00	0,09	0,08
Atracción sexual	d	0,18	0,08	0,05	0,03	3,45	2,59	0,00	0,01	0,13	0,06
Depresión											
Falta de apoyo parental	j	0,38	0,41	0,03	0,02	11,45	15,39	0,00	0,00	0,31	0,34
Bullying	c	0,41	0,32	0,02	0,01	16,05	17,13	0,00	0,00	0,36	0,29
Atracción sexual	g	0,10	0,12	0,03	0,02	2,87	4,49	0,00	0,00	0,08	0,10
Falta de apoyo parental											
Atracción sexual	a	0,14	0,13	0,03	0,02	4,79	5,91	0,00	0,00	0,14	0,13
Bullying											
Falta de apoyo parental	b	0,37	0,33	0,02	0,01	17,74	20,79	0,00	0,00	0,34	0,32
Atracción sexual	f	0,16	0,10	0,02	0,02	5,91	5,45	0,00	0,00	0,15	0,10

R2 para riesgo de suicidio en hombres: 0.42

R2 para riesgo de suicidio en mujeres: 0.45

Efectos indirectos de la Falta de Aceptación Parental, Bullying y Depresión sobre la relación entre Atracción Sexual y Riesgo de Suicidio en jóvenes escolarizados colombianos.

Path	B		Error		Z		p		β	
	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M
Efecto directo										
e	0.18	0.08	0.05	0.03	3.45	2.59	0.00	0.01	0.13	0.06
Efectos indirectos										
Ind1 (a*b*c*d)	0.01	0.01	0.00	0.00	4.27	5.27	0.00	0.00	0.01	0.007
Ind2 (a*h)	-0.005	0.00	0.00	0.00	-0.77	0.80	0.43	0.42	-0.004	0.003
Ind3 (f*i)	0.01	0.01	0.00	0.00	3.13	3.38	0.00	0.00	0.01	0.008
Ind4 (g*d)	0.06	0.08	0.02	0.01	2.87	4.38	0.00	0.00	0.04	0.061
Efecto total										
e + ∑ (indirectos)	0.27	0.19	0.05	0.03	5.10	5.90	0.00	0.00	0.20	0.14

Modelo 2

Índices de ajuste:

En hombres: (N=1191; $X^2 = 418.45$; gl=200; p=0,000; CFI=0,99; RMSEA=0,021, IC90% (0.016-0.026); AGFI=1,0; SRMR=0,04; TLI=0,98; X^2 /gl=1,53; ECVI=0.34.

En mujeres: (N=1873; $X^2 = 647.04$; gl=319; p=0,000; CFI=0,98; RMSEA=0,016, IC90% (0.012-0.020); AGFI=1.0; SRMR=0,03; TLI=0,98; X^2 /gl=1,31; ECVI=0.45.

Efectos Directos de la Espiritualidad y la Desesperanza sobre el Riesgo Suicida en jóvenes escolarizados colombianos

	Path	B		Error		Z		p		β	
		H	M	H	M	H	M	H	M	H	M
Riesgo de suicidio											
Desesperanza	c	0,46	0,44	0,02	0,02	16,12	24,05	0,00	0,00	0,41	0,41
Espiritualidad	f	-0,03	0,03	0,02	0,02	-1,34	1,79	0,17	0,07	-0,03	0,03
Atracción sexual	d	0,22	0,14	0,04	0,02	4,68	5,14	0,00	0,00	0,19	0,13
Desesperanza											
Espiritualidad	b	-0,23	-0,25	0,01	0,01	-14,61	-19,70	0,00	0,00	-0,22	-0,24
Atracción sexual	e	0,17	0,13	0,02	0,01	6,65	7,19	0,00	0,00	0,16	0,12
Espiritualidad											
Atracción sexual	a	-0,09	-0,18	0,02	0,02	-3,68	-7,14	0,00	0,00	-0,09	-0,17

Fuente: Elaboración propia. H= Hombres; M=Mujeres.

R2 para riesgo de suicidio en hombres: 0.24

R2 para riesgo de suicidio en mujeres: 0.20

Efectos indirectos de la Espiritualidad y la Desesperanza sobre la relación entre Atracción Sexual y Riesgo de Suicidio en jóvenes escolarizados colombianos

Efectos	B		Error		Z		p		β	
	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M
Directo										
d	0.22	0.14	0.04	0.02	4.68	5.14	0.00	0.00	0.19	0.13
Indirectos										
Ind1 (a*f)	0.004	-0,007	0.00	0.00	1.36	-1.67	0.17	0.09	0.003	-0.006
Ind2 (e*c)	0.08	0.06	0.01	0.00	6.63	7.19	0.00	0.00	0.07	0.05
Ind3 (a*b*c)	0.01	0.02	0.00	0.00	3.70	6.92	0.00	0.00	0.009	0.01
Total										
d + ∑(indirectos)	0.31	0.21	0.05	0.02	6.27	7.53	0.00	0.00	0.27	0.19

Fuente: Elaboración propia. H= Hombres; M=Mujeres.

Modelo 3

Índices de ajuste:

En hombres: (N=1191; $X^2 = 1029.08$; gl=621; p=0,000; CFI=0,99; RMSEA=0,021, IC90% (0.016-0.026); AGFI=1,0; SRMR=0,04; TLI=0,98; $X^2/gl=1,53$; ECVI=0.34.

En mujeres: (N=1873; $X^2 = 1677.34$; gl=621; p=0,000; CFI=0,94; RMSEA=0,030, IC90% (0.028-0.032); AGFI=0,99; SRMR=0,04; TLI=0,94; $X^2/gl=2,70$; ECVI=0.98.

Efectos Directos del Estrés, la Desesperanza y la impulsividad sobre el Riesgo Suicida en jóvenes escolarizados colombianos

	Path	B		Error		Z		P		β		
		H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	
Riesgo de suicidio												
Impulsividad	d	0,20	0,19	0,02	0,02	7,73	9,66	0,00	0,00	0,18	0,17	
Atracción sexual	e	0,19	0,08	0,05	0,03	3,69	2,63	0,00	0,00	0,15	0,06	
Eventos estresantes												
Desesperanza	h	0,22	0,32	0,04	0,03	4,54	10,22	0,00	0,00	0,18	0,27	
Desesperanza	i	0,32	0,35	0,03	0,02	9,71	17,48	0,00	0,00	0,30	0,30	
Desesperanza												
Eventos estresantes												
Atracción sexual	b	0,38	0,19	0,03	0,01	13,0	12,43	0,00	0,00	0,36	0,18	
Atracción sexual	f	0,11	0,14	0,03	0,02	3,80	7,18	0,00	0,00	0,10	0,13	
Impulsividad												
Desesperanza	c	0,40	0,35	0,01	0,01	26,06	30,50	0,00	0,00	0,39	0,33	
Atracción sexual	g	0,10	0,16	0,02	0,02	3,88	6,82	0,00	0,00	0,09	0,14	
Eventos estresantes												
Atracción sexual	a	0,22	0,18	0,04	0,03	4,84	5,73	0,00	0,00	0,22	0,17	

Fuente: Elaboración propia. H= Hombres; M=Mujeres

R2 para riesgo de suicidio en hombres: 0.31

R2 para riesgo de suicidio en mujeres: 0.30

Efectos indirectos del Estrés, Desesperanza e Impulsividad sobre la relación entre Atracción Sexual y Riesgo de Suicidio en jóvenes escolarizados colombianos

Efectos	B		Error		Z		p		β	
	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M
Directo										
e	0.19	0.08	0.05	0.03	3.69	2.63	0.00	0.03	0.15	0.06
Indirectos										
Ind4 (a*g)	0.02	0.03	0.01	0.00	2.83	4.00	0.00	0.00	0.02	0.02
Ind5 (f*i)	0.03	0.05	0.01	0.00	3.69	6.81	0.00	0.00	0.03	0.04
Ind6 (h*d)	0.04	0.06	0.01	0.01	3.63	6.42	0.00	0.00	0.03	0.04
Ind7 (a*b*c*d)	0.007	0.002	0.00	0.00	4.16	5.15	0.00	0.00	0.006	0.00
Total										
e + ∑ (indirectos)	0.30	0.23	0.05	0.03	5.66	7.12	0.00	0.00	0.24	0.18

Fuente: Elaboración propia. H= Hombres; M=Mujeres.

Modelo 4

Índices de ajuste: En hombres: (N=1191; $X^2 = 1093$; gl=732; p=0,000; CFI=0,98; RMSEA=0,020, IC90% (0.018-0.023); AGFI=0,99; SRMR=0,04; TLI=0,97; X^2 /gl=1,49; ECVI=1.06.

En mujeres: (N=1873; $X^2 = 2084.32$; gl=732; p=0,000; CFI=0,96; RMSEA=0,031, IC90% (0.030-0.033); AGFI=0,99; SRMR=0,04; TLI=0,95; X^2 /gl=2,84; ECVI=1.20.

Efectos directos de los Factores Protectores sobre la Desesperanza, la Impulsividad y el Riesgo Suicida en jóvenes escolarizados colombianos

		Path	B		Error		Z		p		β	
			H	M	H	M	H	M	H	M	H	M
Riesgo de suicidio												
	Impulsividad	d	0,20	0,16	0,02	0,02	7,87	8,45	0,00	0,00	0,18	0,15
	Atracción sexual	e	0,19	0,08	0,05	0,03	4,12	2,84	0,00	0,0	0,19	0,07
	Factores Protectores	f	-0,21	-0,47	0,07	0,05	-3,06	-8,36	0,00	0,00	-0,18	-0,40
	Desesperanza	i	0,16	0,03	0,04	0,03	3,54	1,05	0,00	0,29	0,21	0,04
Desesperanza												
	Factores Protectores	b	-1,24	-1,30	0,06	0,05	-18,94	-25,4	0,00	0,00	-0,78	-0,80
	Atracción sexual	h	0,02	-0,02	0,04	0,03	0,50	-0,81	0,61	0,41	0,01	-0,01
Impulsividad												
	Desesperanza	c	0,28	0,25	0,01	0,00	21,32	26,9	0,00	0,00	0,41	0,38
	Atracción sexual	g	0,07	0,14	0,02	0,02	2,88	6,24	0,00	0,00	0,06	0,12
Factores protectores												
	Atracción sexual	a	-0,22	-0,23	0,03	0,02	-7,09	-9,34	0,00	0,00	-0,21	-0,22

Fuente: Elaboración propia. H= Hombres; M=Mujeres

R2 para riesgo de suicidio en hombres: 0.30

R2 para riesgo de suicidio en mujeres: 0.29

Efectos indirectos de los Factores protectores, la Desesperanza y la impulsividad sobre la relación entre Atracción Sexual y Riesgo de Suicidio en jóvenes escolarizados colombianos

Efecto	B		Error		Z		p		β	
	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M
Directo										
e	0.19	0.08	0.04	0.03	4.12	2.84	0.00	0.00	0.16	0.07
Indirectos										
Ind3 (a*b*c*d)	0.01	0.01	0.00	0.00	5.36	6.48	0.00	0.00	0.01	0.01
Ind4 (a*f)	0.05	0.10	0.01	0.01	2.98	6.46	0.00	0.00	0.04	0.09
Ind5 (h*i)	0.004	-0.00	0.00	0.00	0.51	-0.63	0.60	0.52	0.00	-0.00
Ind6 (g*d)	0.01	0.02	0.00	0.00	2.87	5.34	0.00	0.00	0.01	0.02
Total										
e + ∑ (indirectos)	0.27	0.23	0.05	0.03	5.49	6.9	0.00	0.00	0.23	0.19

Fuente: Elaboración propia. H= Hombres; M=Mujeres

Modelo 5

Índices de ajuste:

Índices de ajuste: En hombres: (N=1191; $X^2 = 160.16$; gl=99; p=0,000; CFI=0,99; RMSEA=0,023, IC90% (0.016-0.029); AGFI=0,99; SRMR=0,035; TLI=0,99; $X^2/gl=1,61$; ECVI=0.19.

En mujeres: (N=1873; $X^2 = 187.17$; gl=99; p=0,000; CFI=0,99; RMSEA=0,022, IC90% (0.017-0.027); AGFI=0,99; SRMR=0,029; TLI=0,99; $X^2/gl=1,89$; ECVI=0.14.

Efectos directos de los Eventos estresantes sobre el Afrontamiento y el Riesgo Suicida en jóvenes escolarizados colombianos

	Path	B		Error		Z		p		β	
		H	M	H	M	H	M	H	M	H	M
Riesgo de suicidio											
Atracción sexual	c	0,23	0,16	0,04	0,02	4,96	5,67	0,00	0,00	0,20	0,14
Eventos estresantes	f	0,34	0,36	0,04	0,02	7,87	12,49	0,00	0,00	0,30	0,33
Solución de problemas	d	-0,17	-0,18	0,01	0,01	-9,91	-14,73	0,00	0,00	-0,15	-0,17
Eventos estresantes											
Atracción sexual	e	0,15	0,09	0,04	0,02	3,79	3,51	0,00	0,00	0,15	0,09
Solución de problemas											
Eventos estresantes		-0,13	-0,09	0,01	0,01	-7,23	-7,24	0,00	0,00	-0,13	-0,09
Atracción sexual	a	-0,06	-0,09	0,01	0,01	-3,40	-6,84	0,00	0,00	-0,05	-0,09

Fuente: Elaboración propia. H= Hombres; M=Mujeres

R2 para riesgo de suicidio en hombres: 0.20

R2 para riesgo de suicidio en mujeres: 0.19

Efectos indirectos de los Eventos Estresantes y el Afrontamiento sobre la relación entre Atracción Sexual y Riesgo de Suicidio en jóvenes escolarizados colombianos

Efectos	B		Error		Z		p		β	
	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M
Directo										
d	0.23	0.16	0.04	0.03	4.96	5.67	0.00	0.00	0.20	0.14
Indirectos										
Ind1 (a*b*c)	0.004	0.00	0.00	0.00	3.44	3.41	0.00	0.00	0.002	0.00
Ind2 (e*f)	0.05	0.03	0.01	0.01	3.68	3.50	0.00	0.00	0.04	0.03
Ind3 (e*c)	0.01	0.01	0.00	0.00	3.39	6.60	0.00	0.00	0.00	0.01
Total										
d + ∑ (indirectos)	0.29	0.21	0.04	0.03	6.24	7.50	0.00	0.00	0.26	0.19

Fuente: Elaboración propia. H= Hombres; M=Mujeres.