



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE
MÉXICO FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO E
INVESTIGACIÓN
INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRÍA
“RAMÓN DE LA FUENTE MUÑIZ”



**Validación de la versión en español de la *Suicidal Ideation*
Attributes Scale (SIDAS) (Escala de Atributos de la Ideación
Suicida)**

TESIS PARA OBTENER EL TÍTULO EN LA ESPECIALIDAD DE PSIQUIATRÍA
QUE PRESENTA:

Jordan Neftali Villalobos Montero.

Asesor teórico: Dr. Ilyamín Merlín García.
Asesora metodológica: Dra. Mónica Flores Ramos.

Ciudad Universitaria, CD.MX. 2021.



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

AGRADECIMIENTOS:

A mi familia por su inquebrantable apoyo.

A mi tutora Dra. Mónica Flores Ramos, gracias por todo su apoyo y la confianza depositada en mí.

A mi tutor Dr. Ilyamín Merlín García, gracias por el apoyo que me dio durante todo este camino.

A mis compañeras y compañeros médicos residentes, por todo lo que me han enseñado.

A todos los pacientes del Instituto Nacional de Psiquiatría, quienes fueron parte de mi formación,
gracias por todo lo que me enseñaron y aprendimos juntos.

A. S. A. S. H.

ÍNDICE

<u>INTRODUCCIÓN AL FENÓMENO SUICIDA</u>	5
<u>EPIDEMIOLOGÍA DEL SUICIDIO EN EL MUNDO</u>	6
<u>EPIDEMIOLOGÍA DEL SUICIDIO EN MÉXICO</u>	6
<u>El Costo Global de la Enfermedad</u>	7
<u>ANTECEDENTES HISTÓRICOS</u>	8
<u>Teoría interpersonal del suicidio</u>	8
<u>Teoría de los tres pasos: una propuesta cognitivo conductual</u>	8
<u>Perspectiva neurobiológica del suicidio</u>	9
<u>RIESGO SUICIDA Y RESILIENCIA</u>	10
<u>Factores de riesgo a nivel poblacional</u>	11
<u>Factores de riesgo distales o predisponentes</u>	11
<u>Factores de riesgo mediadores o del desarrollo</u>	11
<u>Factores de riesgo proximales o desencadenantes</u>	12
<u>PREVENCIÓN DEL SUICIDIO</u>	13
<u>¿EL SUICIDIO COMO ENTIDAD DIAGNÓSTICA?</u>	15
<u>EVALUACIÓN DEL RIESGO SUICIDA</u>	16
<u>Escalas clinimétricas para evaluar ideación suicida</u>	16
<u>PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN</u>	19
<u>JUSTIFICACIÓN</u>	19
<u>HIPÓTESIS DE TRABAJO</u>	19
<u>OBJETIVOS</u>	19
<u>Objetivo general</u>	19
<u>Objetivos específicos</u>	19
<u>METODOLOGÍA</u>	20
<u>Tipo de estudio</u>	20
<u>Población y participantes</u>	20
<u>Criterios de inclusión, exclusión y eliminación</u>	20
<u>Instrumentos de medición</u>	21

<u>Procedimientos del estudio</u>	23
<u>Cronograma de actividades</u>	24
<u>Diagrama de flujo</u>	25
<u>ANÁLISIS ESTADÍSTICO</u>	26
<u>ASPECTOS ÉTICOS, FINANCIEROS Y DE BIOSEGURIDAD</u>	27
<u>RESULTADOS</u>	29
<u>DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES</u>	37
<u>Referencias bibliográficas</u>	39
<u>Bibliografía</u>	46
<u>Anexos</u>	47

INTRODUCCIÓN AL FENÓMENO SUICIDA.

La palabra suicidio proviene de la conjunción moderna de dos términos del latín: *sui* (de sí, a sí) y *óidium* del verbo *caedere* (cortar y matar), denotando el acto de quitarse la vida (Asociación de Academias de la Lengua Española & Real Academia Española, 2014; van Hooff, 1990). A lo largo de este texto nos referiremos al fenómeno suicida como un *continuum* que incluye la ideación y el intento suicidas, al igual que el suicidio consumado. La falta de consenso de los términos usados en los ámbitos clínico, académico e incluso de investigación, respecto a la designación de ciertas conductas y sus características dentro del espectro suicida, impone una barrera más al entendimiento del mismo; en ese sentido, se reportan intentos por homologar dicha terminología, por ejemplo, el algoritmo de clasificación y evaluación suicida de la Universidad de Columbia (Posner, Oquendo, Gould, Stanley & Davies, 2007).

En la búsqueda de información en las bases de datos biomédicas destacan los manuscritos redactados en idioma inglés, mismos que ocupan el término “*suicidality*”; consideramos que la mejor traducción posible al castellano sería fenómeno suicida. Aunque también podría ocuparse el concepto “conductas suicidas”, en un sentido no skinneriano de la palabra “conducta”; en aras de contribuir a la fácil lectura y evitar confusión, se omitirá el uso de este segundo supuesto.

La ideación suicida, al igual que la conducta suicida, se engloban en este espectro al compartir características teóricas con cierta racionalidad, tales como su complejidad, multicausalidad y, primordialmente, su relación consistentemente reportada, que se estima con magnitud estadística de moderada a grande a través de diferentes poblaciones para diferentes desenlaces (Ayano, Tsegay, Abraha & Yohannes, 2019; Choo, Diederich, Song & Ho, 2014; Hill et al., 2020; Nigussie, Tesfaye, Lemma & Kerebih, 2021; Orri et al., 2020).

El fenómeno suicida, entendido desde una perspectiva médico-psiquiátrica, no obstaculiza y más bien se enriquece con aportes de la Sociología, Filosofía, Antropología, y de las ciencias política y económica, en un afán integrador de múltiples valencias.

El aumento en la incidencia suicida en nuestro país es un hecho que no se puede negar, y al encontrarse el suicidio consumado íntimamente relacionado al intento, la planeación y la ideación suicidas, en ése orden, constituyen un problema de Salud Pública Mental (Hill et al., 2020).

El conjunto heterogéneo de manifestaciones suicidas está relacionado a características sociodemográficas y clínicas, que delimitan subgrupos con mayor riesgo a corto y largo plazo, tales como las minorías sexuales o los individuos con trastornos afectivos, lo que pone de relieve la necesidad de estrategias específicas de prevención primaria, secundaria y terciaria, e investigación a ese respecto que ayude a conformar grupos más homogéneos (Klonsky, May & Saffer, 2016; Mann et al., 2005; Oquendo & Baca-García, 2014).

A continuación, describimos algunos tópicos introductorios que consideramos relevantes respecto al fenómeno suicida, tales como la epidemiología a nivel global y en México, la estimación del costo global de la enfermedad, una breve reseña de antecedentes históricos, la mención de cómo se conceptualiza la ideación suicida y el suicidio desde las perspectivas de las teorías interpersonal y cognitivo conductual, además de una aproximación neurobiológica. Posteriormente reportamos algunos factores de riesgo, los esfuerzos preventivos y finalmente abordamos el panorama actual de la estimación del riesgo suicida, haciendo énfasis en los instrumentos que se usan para evaluar ideación suicida.

EPIDEMIOLOGÍA DEL SUICIDIO EN EL MUNDO.

En 2016 se produjeron casi 800,000 suicidios en el mundo, lo que equivale a una tasa de mortalidad anual por esta causa de 10.6 por cada 100,000 habitantes. Entre los años 2000 y 2016 dicha tasa mundial descendió un 16 % en la población masculina y un 21 % en la femenina. Los hombres tenían casi el doble de probabilidades de morir por suicidio que las mujeres (13.5 y 7.7 muertes por cada 100,000 habitantes, respectivamente, en 2016). Considerando los diversos grupos de países según los ingresos, las tasas de mortalidad por suicidio eran más elevadas entre los hombres de los países de ingresos altos, que correspondió a 21 por cada 100,000 habitantes. Aunque se ha progresado, si la tasa mundial de suicidios sigue descendiendo al ritmo actual, no se alcanzarán las metas mundiales para 2030, específicamente el objetivo 3.4 de la Agenda 2030 “Salud y Bienestar” de los Objetivos de Desarrollo Sostenible, que se proponía la reducción en un tercio la mortalidad prematura por enfermedades no transmisibles, mediante su prevención y tratamiento, incluyendo al suicidio (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2020).

El suicidio es una de las tres primeras causas de defunción entre las personas de 15 a 44 años en algunos países, y la segunda causa en el grupo de 10 a 24 años; y estas cifras no incluyen los intentos de suicidio, que son hasta 20 veces más frecuentes que los casos de suicidio consumado. Aunque tradicionalmente las mayores tasas de suicidio se han registrado entre los varones de edad avanzada, las tasas entre los jóvenes han aumentado hasta el punto de que ahora estos son el grupo de mayor riesgo en un tercio de los países, tanto en los desarrollados como en los subdesarrollados. No obstante, las tasas de suicidio presentan diferencias entre países y regiones, al estar relacionadas con factores sociales, culturales y económicos (OMS, 2012). Los plaguicidas, el ahorcamiento y las armas de fuego son los métodos más empleados en el mundo. La mortalidad por suicidio es superior a la mortalidad total causada por las guerras y los homicidios (OMS, 2018a; Piscopo, 2017).

EPIDEMIOLOGÍA DEL SUICIDIO EN MÉXICO.

El suicidio consumado a nivel global muestra una tendencia al declive. Pese a esto, en México la tasa de muerte por suicidio ha aumentado en años recientes. Se reportó un incremento del 16.6 % entre los años 2000 y 2012 (Borges et al., 2019; OMS, 2018b).

La Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco (ENCODAT) 2016-2017, fue diseñada para ser representativa de la población mexicana de 12 a 65 años de edad (Comisión Nacional contra las Adicciones [CONADIC], 2017), misma que reportó la prevalencia promedio en los últimos doce meses para ideación suicida de 2.3 %, plan suicida de 0.8 % y 0.7 % para al menos un intento suicida. Después, de realizar ajustes estadísticos hubo pocas diferencias en la prevalencia de los tres resultados para la población general mexicana (ideación, plan o intento suicidas), excepto incrementos en el estado sureño de Tabasco, con resultados de 3.9 %, 1.6 % y 1.5 %, respectivamente (Borges et al., 2019). En la misma encuesta se reportó que los intentos suicidas eran más comunes en zonas urbanas, a diferencia de entornos rurales. Las mexicanas con ideación suicida presentaban un plan más frecuentemente que los hombres (39.1 % vs. 29.1 %, $p=0.05$), pero esta diferencia no fue estadísticamente significativa respecto a si habían cometido un intento suicida (27.9 % vs. 34.6 %, $p=0.17$). Entre aquellos sujetos que refirieron ideación suicida en los últimos doce meses, los adolescentes (12-17 años de edad) presentaron en mayor proporción un plan, al compararlos con el grupo de 50-65 años (43.2 % vs. 19.9 %, $p=0.0007$) y la diferencia del grupo de adolescentes respecto al de mayores se hizo más fuerte al reportar un intento suicida en los últimos doce meses, con una tasa de prevalencia de 41.7 % vs. 23.2 % ($p=0.0105$) (Borges et al., 2019).

Al respecto, el estudio de la ideación suicida es importante porque, junto al antecedente de intentos suicidas, son los factores de riesgo más fuertes para suicidio consumado (Borges, Benjet, Medina-Mora, Orozco & Nock, 2008). En México, el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) reportó la tasa de suicidio para nuestro país fue de 5.1 suicidios por 100,000 habitantes para el año 2016. Como ejemplo, en las variaciones regionales, tenemos los casos de los estados Chihuahua y Yucatán que duplican dicha tasa, con 11.4 y 10.2 suicidios por 100,000 habitantes, respectivamente (INEGI, 2018).

El Costo Global de la Enfermedad.

Se estima que existen 25 personas que realizan un intento suicida por cada persona que lo consuma, y por cada persona que lo intenta habría aproximadamente dos o tres personas que pensaron seriamente en el suicidio, sin llegar a intentarlo (Goldsmith, Pellmar, Kleinman & Bunney, 2002; Klonsky & May, 2015; OMS, 2012).

A nivel mundial el suicidio supuso el 1.8 % de la carga global de morbilidad en 1998, y en 2020 se estimó representaría el 2.4 % en los países con economías de mercado y en los antiguos países comunistas (OMS, 2012); dichas estimaciones fueron realizadas previo a la pandemia por SARS-CoV2.

Los costos nacionales por suicidios e intentos suicidas para el año 2013, tan solo en los Estados Unidos de América, ascendieron a \$58.4 billones de dólares americanos; el 97 % de esta suma fue representada por la pérdida de productividad, considerada como un costo indirecto. En el mismo escenario, a través de un análisis de ajuste para casos no reportados, se estimó un costo de \$93.5 billones de dólares americanos. La evidencia señala una tasa favorable de costo beneficio de 6 a 1 para las inversiones en servicios médicos y sociales para las personas con intentos suicidas fallidos o abortados (Shepard, Gurewich, Lwin, Reed & Silverman, 2016).

Hasta en un tercio de los países miembros de la OMS las tasas de suicidio en los más jóvenes han aumentado respecto al comparativo clásico con los adultos mayores, lo que resulta más alarmante porque suponen población económicamente activa y representan más *años de vida perdidos* (AVP) (Naghavi, 2019; OMS, 2012; Yang & Lester, 2007).

En México también se ha observado un incremento en los últimos años de la tasa de suicidio entre los más jóvenes, consolidándose como la segunda causa de muerte en individuos de 20-24 y 25-29 años de edad (INEGI, 2018), con las respectivas afectaciones económicas, en la familia, amigos y comunidad del individuo que cometió suicidio.

A nivel global se calculó tan solo en el año 2016 que las autolesiones, como se codifican los suicidios en la Clasificación Internacional de Enfermedades en su décima edición (CIE-10), provocaron alrededor de 37 millones de AVP; a las personas del sexo masculino les correspondieron 23,500,000 AVP y para las mujeres fueron 13,500,000 AVP; con cifras incrementadas en los grupos de 15-29 y 30-49 años de edad y la consecuente pérdida de productividad en cada Estado miembro de la OMS (2018b).

ANTECEDENTES HISTÓRICOS.

Se ha intentado explicar el fenómeno suicida desde muchas perspectivas. Por ejemplo, a mediados del siglo XX Durkheim enfatizaba el rol del aislamiento social en el suicidio. Para 1985, Shneidman describió el suicidio como una respuesta a un dolor excesivo (de ahí su término “*psychache*”). En 1974, Aaron T. Beck planteó la relación entre desesperanza y suicidio. Para 1990 Baumeister describió el suicidio como un escape de un estado mental aversivo. Estas teorías han sido útiles para guiar la investigación y prevención del suicidio, al mismo tiempo comparten la característica de tener una limitante en el entendimiento del fenómeno: fallan al no diferenciar explicaciones para los pensamientos y conductas suicidas (Abramson et al., 2000; Kirtley, Melson & O’Connor, 2018; Klonsky & May, 2015, O’Connor & Nock, 2014). Esto sería importante al considerar la progresión de ideación a intento suicida en algunos sujetos.

TEORÍA INTERPERSONAL DEL SUICIDIO.

Thomas Joiner introdujo el abordaje de dos situaciones que deberían ser tratadas como procesos y factores de riesgo de manera diferenciada: la ideación suicida y la progresión de ideación a intento suicidas. En su teoría, propuso que la forma más peligrosa de deseo suicida está causada por la presencia simultánea de dos constructos interpersonales: la pertenencia frustrada y el malestar (*burdensomeness*, en inglés). Además, de la posterior diferenciación entre la capacidad de realizar un intento suicida y el deseo de llevarlo a cabo. Según esta teoría, la capacidad de conductas suicidas puede surgir por vía de la habituación y procesos opuestos, en respuesta a la exposición repetitiva a dolor físico y/o experiencias inductoras de miedo (O’Connor & Kirtley, 2018; van Orden et al., 2010).

TEORÍA DE LOS TRES PASOS: UNA PROPUESTA COGNITIVO CONDUCTUAL.

Klonsky & May (2015) desarrollaron esta propuesta desde una perspectiva parsimoniosa, en la cual el desarrollo de la ideación suicida y la progresión a intento suicida serían procesos diferentes, con explicaciones diferentes. Su propuesta fue explicada en términos de cuatro factores: dolor, desesperanza, falta de conectividad social y capacidad suicida. Esta aproximación teórica no pretendió sustituir otros factores de riesgo clásicos, como algún trastorno psiquiátrico, rasgos de personalidad y/o exposición a eventos adversos en la vida.

Klonsky & May (2015) mencionaban los siguientes pasos:

Paso 1. Desarrollo de ideación suicida. Se basa en el hecho de que las personas son conformadas por conductas condicionadas, al mantener las conductas que son recompensadas y evitar las que son castigadas. En el supuesto de que alguien experimentara en su día a día algún dolor, cualquiera que fuera la fuente del mismo, disminuiría el deseo de vivir y en consecuencia podrían aparecer ideas acerca del suicidio. Este dolor físico o emocional puede provenir de fuentes distintas como el sufrimiento físico, aislamiento social, malestar (*burdensomeness*, en inglés) y bajo sentido de pertenencia (*low belongingness*, en inglés), sentirse derrotado y/o atrapado, y otras percepciones negativas de sí mismo. De cualquier forma, el dolor únicamente no sería suficiente para producir ideación suicida, se necesitaría otro componente: la desesperanza.

Paso 2: Ideación suicida moderada versus grave. El segundo paso, según esta aproximación teórica, involucra el término “conectividad” (*connectedness*, en inglés), mismo que haría referencia, además de relaciones significativas con otras personas, al apego a un empleo, proyecto, rol social, intereses o prácticamente cualquier objetivo que mantenga a un individuo interesado en vivir. Bajo este modelo, la conectividad importa porque incluso una persona que experimenta dolor y

desesperanza y considera el suicidio, la ideación suicida se mantendría moderada y no grave: fungiría como factor protector. La similitud del término conectividad social se asemeja a los de malestar y falta de pertenencia de la Teoría Interpersonal de Joiner.

Paso 3: Progresión de ideación suicida a intento suicida. Se plantean tres categorías de variables que contribuyen a la capacidad suicida: disposición, adquisición y practicidad.

Disposición se refiere a variables relevantes que serían conducidas por aspectos genéticos, como la sensibilidad al dolor.

Adquisición, entendida como la habituación a experiencias asociadas con dolor, daño, miedo y muerte, que pueden dar a lo largo del tiempo un incremento en la capacidad para cometer un suicidio.

Practicidad hace referencia a factores concretos que hacen un intento suicida más fácil, por ejemplo, el acceso a un medio altamente letal (como armas de fuego) o contar con conocimientos acerca de métodos sin dolor para terminar con la vida.

PERSPECTIVA NEUROBIOLÓGICA DEL SUICIDIO.

El modelo diátesis-estrés establece que el suicidio es el resultado de la interacción entre estresores ambientales “estado-dependientes” y la susceptibilidad a conductas suicidas “diátesis como rasgos”, independientes de trastornos psiquiátricos (van Heeringen & Mann, 2014).

Los estudios post-mortem han corroborado el aumento en la expresión del gen TPH2, que codifica la triptófano hidroxilasa 2, enzima limitante de la síntesis de serotonina, en tallos cerebrales de personas que murieron a causa de suicidio al compararse con los de muertes incidentales. Las personas con depresión no tratada y que cometieron suicidio, tuvieron menos neuronas granulares maduras en el giro dentado del hipocampo respecto a las tratadas con ISRS. De la misma, forma hay indicios deficitarios en neuronas noradrenérgicas en el *locus coeruleus* de personas que se suicidaron. En lo que respecta a circuitos cerebrales, el más estudiado ha sido el serotoninérgico, focalizado en regiones como la corteza prefrontal medial, lateral y corteza cingulada anterior, cuya acción ha sido relacionada con letalidad del intento suicida en personas con depresión (grado de daño evaluado con la Escala de Daño médico de Beck) (van Heeringen & Mann, 2014).

En individuos con intentos suicidas no fatales existen hallazgos estructurales que incluyen principalmente déficits volumétricos de predominancia derecha en materia gris de áreas corticales (prefrontal dorsolateral y orbitofrontal, la ínsula y giro temporal superior) y de ganglios basales (globo pálido y caudado). El volumen del tálamo y la amígdala derecha parecen ser mayores en personas que intentan suicidarse. Otros hallazgos en resonancia magnética (IRM), como hiperintensidades en materia blanca periventricular y bilateralmente, volúmenes incrementados en tractos frontales (principalmente los fascículos uncinado y orbitofrontal inferior) y menor anisotropía en el área orbitofrontal izquierda, indican la existencia de alteraciones en la conectividad estructural relacionadas a conducta suicida (van Heeringen & Mann, 2014).

Richard Devantoy y colaboradores (2013) publicaron una revisión sistemática con meta-análisis de estudios neuropsicológicos en el que se indicaba una asociación entre susceptibilidad a conductas suicidas y alteraciones en el control cognitivo y la toma de decisiones.

La adversidad en edades tempranas y mecanismos epigenéticos parecen estar relacionados a mecanismos de susceptibilidad al suicidio. Precisamente, los mecanismos epigenéticos podrían

explicar la asociación entre experiencias traumáticas en la niñez y la reactividad a estresores en el resto de la vida de un individuo, con mediación del eje hipotálamo-hipófisis-suprarrenal (Barzilay et al., 2021; van Heeringen & Mann, 2014).

Se estima que cerca del 50 % del riesgo para intentos suicidas y suicidio consumado es genético. Un grupo de trabajo encabezado por Schosser, Butler e Ising (2011) llevaron a cabo un estudio para evaluar la asociación en el genoma de individuos con ideación e intentos suicidas coexistentes con trastornos del estado de ánimo. En dicho estudio no se mostró asociación significativa entre quienes intentaron suicidarse y algún polimorfismo de nucleótido simple (*SNP*, por sus siglas en inglés). Aunque otros estudios han usado datos de la expresión genética de personas que fallecieron a causa de suicidio, identificando así un *clúster* de genes involucrados en funciones neuroinmunes (van Heeringen & Mann, 2014).

En lo que respecta a la fisiopatología, se ha observado una relación entre adversidad infantil y el riesgo suicida en la adultez mediado por modificaciones epigenéticas en sistemas específicos de neurotransmisores que causan regulación a la baja, “*downstream*”, en circuitos cerebrales involucrados en la regulación anímica y la toma de decisiones. Otras investigaciones han reportado concentración disminuida de ácido hidroxindolacético (5-HIAA), un metabolito de serotonina en líquido cefalorraquídeo (LCR) predijo el riesgo suicida en personas con depresión con una razón de momios (RM) de 4.6. Las alteraciones en el eje hipotálamo-hipófisis-suprarrenal han sido documentadas en relación a depresión y suicidio, con hallazgos como resistencia a la dexametasona, déficits de la proteína chaperona del receptor de glucocorticoides (FKBP5), y que las concentraciones excesivas de cortisol podrían tener efectos neurotóxicos y retroalimentar negativamente “*downstream*” la expresión del receptor 5-HT1A en el hipocampo, que a su vez tendría como consecuencia la disminución del efecto neurotrófico de dicho receptor (van Heeringen & Mann, 2014).

RIESGO SUICIDA Y RESILIENCIA.

Los factores de riesgo son variables que están asociadas con un incremento en la probabilidad de un resultado dado. Se han identificado como factores de riesgo para conductas suicidas letales: trastornos mentales, intentos suicidas previos, aislamiento social, conflicto familiar, desempleo y enfermedad física (van Orden et al., 2010).

Turecki y colaboradores (2012) propusieron un modelo en el que interactúan diversas causas, con variabilidad respecto a la asociación de factores de riesgo con patrones dados y la fuerza de la asociación de los mismos para la edad, sexo, cultura, región geográfica e historia personal. Desde este punto de vista, el modelo fue propuesto para explicar el riesgo suicida en subgrupos específicos, como el de las personas que experimentan adversidad a edades tempranas de su vida. Esta propuesta comprendió la división de dichos factores en poblacionales e individuales, estos últimos a su vez se subdividían en predisponentes o distales, mediadores o del desarrollo y precipitantes o proximales.

Recientemente, se han podido extrapolar estudios acerca del rol que toma la resiliencia, tanto a nivel individual como familiar ante diferentes escenarios de adversidad, al no ser una cualidad estática, un rasgo o característica inmutable, sino la expresión de un proceso dinámico y cambiante de adaptación, que frecuentemente es soslayado al evaluar el riesgo suicida, con el entendimiento de no ser meramente la ausencia de factores de riesgo (Gómez & Kotliarenko, 2010).

FACTORES DE RIESGO A NIVEL POBLACIONAL.

Se han relacionado con el suicidio cambios sociales como asentamientos forzados, la aculturación y la disrupción de estructuras sociales tradicionales; al igual que el desempleo y la disminución de los ingresos económicos. También se han descrito factores ambientales, tales como el difícil acceso a servicios de salud mental, la alta disponibilidad de métodos letales y la publicidad en medios de comunicación de muertes por suicidio, cuando éstas últimas se presentan detalladamente las circunstancias en que aconteció, o si se presenta de una forma idealizada, la no manifestación de las consecuencias adversas en los sobrevivientes o incluso si la persona fallecida era una celebridad (Turecki et al., 2012; Turecki & Brent, 2016).

FACTORES PREDISPONENTES O DISTALES.

Se ha observado cierta agregación familiar para las conductas suicidas con RM de 1.7-10.62, dicha asociación se calculó fue dependiente del grado de parentesco. Aunque otros trastornos psiquiátricos también tienen agregación familiar, la transmisión de conductas suicidas parece mediada por la transmisión de rasgos impulsivos y/o agresivos (Brent, Bridge, Johnson & Connolly, 1996; Turecki & Brent, 2016) y se estimó la heredabilidad para el fenómeno suicida se encontraba entre 0.30 y 0.50. La heredabilidad estimada únicamente para los intentos suicidas fue de 0.17 y para ideación suicida en 0.36 (Fu et al., 2002). De esta forma la ideación parece ser transmitida junto con los trastornos del estado de ánimo, mientras las conductas parecen tener un patrón de transmisión diferente (Turecki & Brent, 2016).

Además de los factores genéticos, ciertas condicionantes sociales aumentan la vulnerabilidad al suicidio, tales como pertenecer a una minoría sexual (incrementa de 3 a 4 veces las probabilidades de fallecer por suicidio) (Turecki & Brent, 2016).

Otro factor descrito ampliamente es la adversidad en edades tempranas de la vida, generalmente definidas como negligencia parental o abuso infantil físico, psicológico o sexual. Por estudios de casos y controles sabemos que este riesgo es moderado a través de factores como el tipo de abuso, la frecuencia del mismo y la relación de la víctima con el abusador. Esto tiene un correlato biológico, pues existen cambios epigenéticos en diversas vías involucradas en la plasticidad, el crecimiento y la protección neuronales. Además de la extensa documentación acerca del eje hipotálamo-hipófisis-suprarrenal con una respuesta incrementada al estrés, se adjunta la disminución de la expresión de receptores para glucocorticoides en hipocampo (Galfalvy, 2013; Turecki & Brent, 2016).

FACTORES DE RIESGO MEDIADORES O DEL DESARROLLO.

Estos factores actúan a través de rasgos de personalidad y estilos cognitivos que se asocian a conductas suicidas, a la vez que la depresión y la ansiedad hacen fuertes contribuciones al riesgo de conductas suicidas a lo largo de la vida. Los resultados de estudios prospectivos y retrospectivos sugieren que los conflictos interpersonales, la agresividad e impulsividad, los trastornos de la conducta, junto a las conductas antisociales y el consumo perjudicial de alcohol y otras sustancias, se destacan en su asociación para conductas suicidas en los adolescentes y adultos jóvenes. De cualquier forma, la evitación del daño y los trastornos afectivos son más comunes en edades mayores. Los factores de riesgo más importantes para conductas suicidas a lo largo de la vida existen cuando un trastorno del estado de ánimo está asociado con ideación suicida o cualquier otro trastorno que incremente el malestar (trastorno de pánico, trastorno de estrés postraumático) o disminuya la inhibición (trastorno de la conducta, antisocial de la personalidad o consumo de sustancias). La

adversidad en edades tempranas de la vida causa déficits cognitivos, particularmente en la resolución de problemas y la memoria, los cuales contribuyen al fenómeno suicida. Es de importancia observar el importante rol de las conductas suicidas en adolescentes y adultos jóvenes dado que la adversidad está relacionada al inicio temprano de trastornos mentales. Además, los efectos cognitivos de la adversidad interactúan con sistemas del control de los impulsos en la corteza prefrontal (Turecki & Brent, 2016).

FACTORES DE RIESGO PRECIPITANTES O PROXIMALES.

Los factores de riesgo proximales son asociados temporalmente a conductas suicidas y actúan como precipitantes. Exceptuando los intentos suicidas previos, la psicopatología sería el predictor más importante de suicidio, aunque la mayoría de los individuos con algún trastorno psiquiátrico no mueren por suicidio, pese a que algunos trastornos están más relacionados con conductas suicidas que otros, por ejemplo, los episodios depresivos ya sea en contexto de trastorno depresivo mayor (TDM) o trastorno bipolar (TBP). Entre estos últimos, los episodios con síntomas de características mixtas se asocian fuertemente con intentos suicidas y el riesgo incrementa también en el primer año de diagnóstico asociado a sentimientos de desesperanza. Los adultos con esquizofrenia y otros trastornos psicóticos relacionados se encuentran en riesgo incrementado, así lo señalan estudios epidemiológicos que han incluido como predictores para suicidio, la presencia de síntomas depresivos, el sexo masculino, los síntomas positivos y el grado de *insight* de la enfermedad. Los trastornos por consumo de alcohol u otras sustancias son comunes en las personas que mueren por suicidio y podrían incrementar el riesgo al interactuar con episodios depresivos, aumentando así el riesgo de realizar alguna conducta suicida. Existen otros padecimientos relativamente comunes en personas que se suicidan, como los trastornos de la conducta alimentaria y trastornos de personalidad, especialmente los del *clúster B*, que son caracterizados por rasgos de agresividad e impulsividad. Al igual que la depresión, los trastornos ansiosos graves, la agitación o el pobre control de impulsos predicen conductas suicidas (Turecki & Brent, 2016).

El suicidio se relaciona a múltiples cambios moleculares que son detectables periféricamente (en saliva y/o sangre) y en el Sistema Nervioso Central. Entre los primeros, se describen niveles alterados de serotonina y sus metabolitos en individuos que exhiben conductas suicidas; muchos estudios ligan la expresión alterada de receptores de serotonina con el fenómeno suicida, pese a las discretas diferencias en el receptor de serotonina en sujetos deprimidos y aquellos que exhiben ideación y conductas suicidas. También se han documentado disfunciones de las células gliales en personas con conductas suicidas, donde genes expresados específicamente en astrocitos para la integridad estructural estuvieron regulados negativamente, al igual que factores neurotróficos como BDNF y el receptor de TRKB (Turecki, 2014; Turecki & Brent, 2016).

Trastornos mentales: aproximadamente el 95 % de las personas que fallecieron por suicidio sufrían un trastorno mental, aunque algunos confieren más riesgo para conductas suicidas letales (suicidio consumado) que otros, con tasas para el TDM entre 2-6 %, para trastorno límite de la personalidad (TLP) del 4-5 %, para esquizofrenia 1.8-5.6 %. Mientras se registran incrementos en el riesgo de suicidios respecto a la población general, para el TBP en 15 veces, anorexia nervosa (AN) en 58 veces, en abuso de sustancias 5.7 veces y para el trastorno disocial en adolescentes en 6 veces. Se reportó que el TDM está más asociado con ideación suicida, mientras otros trastornos caracterizados por agitación o pobre control de impulsos, se asocian a un incremento en el riesgo de conductas suicidas (van Orden et al., 2010).

Intentos suicidas previos: la presencia de múltiples intentos suicidas a lo largo de la vida es un fuerte predictor de conductas suicidas letales en adolescentes y adultos (van Orden et al., 2010).

Enfermedad física: existen datos que sugieren que una de cada tres personas que cometieron suicidio padecían alguna enfermedad médica general. Pese a esto, la relación parece ser indirecta y con otros factores de riesgo, como la comorbilidad con trastornos mentales o la coexistencia con limitaciones funcionales y el aislamiento social. El padecer infección por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) o el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) aumentaron el riesgo de suicidio 6 veces cuando se comparaban con la población general. De la misma forma, el cáncer cerebral confirió aumento en el riesgo suicida al ser comparado con población general en 9 veces y con otras localizaciones del cáncer en 4 veces. La esclerosis lateral amiotrófica incrementó también el riesgo suicida 6 veces respecto a la población general (van Orden et al., 2010).

Aislamiento social: se ha demostrado la asociación entre conducta suicida letal y facetas de aislamiento, tales como evitación social, encontrarse soltero, la pérdida de pareja (por divorcio o viudez), el vivir solo, encontrarse recluso solo en una celda y con pobre red de apoyo social (van Orden et al., 2010).

Desempleo: está asociado con incremento del riesgo suicida en individuos vulnerables o en la coexistencia de ciertos fenómenos negativos, por ejemplo, en recesiones económicas (van Orden et al., 2010).

Existen otros factores que se han relacionado consistentemente con conducta suicida letal, tales como desesperanza, agitación, alteraciones en el sueño (pesadillas) y otros eventos traumáticos durante la vida (combates militares, pérdida de hogar o encarcelamiento) (van Orden et al., 2010).

PREVENCIÓN DEL SUICIDIO.

Desde mediados del siglo XX se tienen identificados esfuerzos estructurados para la prevención del suicidio (OMS, 1968). La OMS publicó en 2014 su reporte “Prevenir el suicidio: un imperativo global”. Su objetivo fue incrementar la consciencia pública acerca del significado del suicidio, además de ayudar e incitar a los países miembros al desarrollo de estrategias nacionales de prevención del suicidio (OMS, 2014a). En ése mismo sentido, el punto 3.4 de los Objetivos para el Desarrollo Sustentable marca una meta para el año 2030, consistente en la reducción en una tercera parte de las muertes por enfermedades no transmisibles, entre las que se destaca el suicidio; esto a través de la promoción de la salud mental y el bienestar emocional. A nivel mundial, la prevención del suicidio es una necesidad que no se ha abordado de forma adecuada debido a la insuficiente sensibilización acerca de la importancia de este problema y al tabú que lo rodea e impide que se hable abiertamente de ello (OMS, 2014b). De hecho, solo unos cuantos países han incluido la prevención del suicidio entre sus prioridades, recientemente México (de la Peña, Bernal-Santamaría & Villalobos-Montero, 2019).

Es evidente que la prevención del suicidio requiere la intervención multisectorial, con un enfoque innovador e integral, con el involucramiento tanto de recursos sanitarios de la salud, como del educativo, el laboral, la procuración e impartición de justicia, agentes sociales como los políticos, religiosos y líderes de opinión (Stokes, McCoy, Abram, Byck & Teplin, 2015). Las estrategias que contemplan la restricción del acceso a métodos comunes de suicidio y de aquellos con alta letalidad, por ejemplo, el control de armas de fuego o de sustancias tóxicas como plaguicidas, construcción de barreras físicas en puentes, vías de trenes o rascacielos y la disminución en el número de tabletas en

los empaques de medicamentos como paracetamol y dextropropoxifeno, han demostrado ser eficaces para reducir las tasas de suicidio, pero insuficientes para alcanzar las metas planteadas (OMS, 2020; Fazel & Runeson, 2020). Otras medidas exitosas han sido la eliminación de sitios con uso potencial para sujetar cuerdas para ahorcamiento en centros de atención en salud mental o en prisiones; es relevante la adopción de enfoques multisectoriales con distintos niveles de intervención y actividades (Esponda et al., 2020; Fazel & Runeson, 2020).

Los datos disponibles demuestran de forma contundente que la prevención y el tratamiento adecuados de la depresión y del abuso de alcohol y de sustancias y el contacto de seguimiento con quienes han intentado suicidarse, reducen las tasas de suicidio, pero la fiabilidad de los sistemas de certificación y notificación por esta causa de defunción requieren importantes mejoras y es necesario el estudio y atención de otros determinantes (Bertolote, Fleischmann, De Leo & Wasserman, 2004; OMS, 2012).

Existe un análisis de costo efectividad acerca de la reducción de la ideación suicida a través de un ensayo clínico aleatorizado basado en recursos electrónicos autoadministrados, con resultados alentadores, aunque requerirá replicaciones para poder sistematizar su uso y subsanar el corto período de seguimiento (a seis semanas) con el que fue diseñado (van Spijker, Majo, Smit, van Straten & Kerkhof, 2012). El uso de avances tecnológicos para abatir brechas en el acceso a servicios de salud mental, puede resultar costo-efectivo, factible e incluso atractivo; además, la telepsiquiatría permite disminuir el estigma asociado a los trastornos mentales (Roberts, Berk & Lane-McKinley, 2019; Soron, 2019).

La introducción en países desarrollados de estrategias de intervención temprana en psicosis ha sido eficaz para la prevención del suicidio, al igual que las focalizadas en otros grupos con alto riesgo, como las personas con orientación sexual no heterosexual, en los días posteriores a un egreso de hospitalización psiquiátrica o que se han dañado ellas mismas recientemente (Celano et al., 2016; Fazel & Runeson, 2020; Naghavi, 2019).

En situaciones particulares, se ha logrado disminuir la tasa incidencia de suicidios mediante ensayos farmacológicos con litio y clozapina, en personas que padecen trastorno bipolar y esquizofrenia, respectivamente (Zalsman et al., 2016). Existen otros medios terapéuticos que igualmente han documentado su eficacia como la terapia electroconvulsiva y abordajes psicoterapéuticos específicos y breves (Fazel & Runeson, 2020). Con resultados prometedores a corto plazo, se vislumbra la implementación del anestésico ketamina y su metabolito, la esketamina (Gordon, Avenevoli & Pearson, 2020).

Se ha reportado la reducción de los pensamientos suicidas con terapia cognitivo conductual, a través presumiblemente del decremento de la desesperanza, y con la terapia cognitiva basada en *mindfulness*, a través de la mejoría anímica y la implementación de estrategias para la resolución de problemas, en personas con alguna manifestación dentro del espectro suicida (Fazel & Runeson, 2020). La psicoterapia dialéctico conductual en sus formatos individual y de grupo, basada en el fortalecimiento de la alianza terapéutica y el aprendizaje de la regulación emocional, ha reportado consistentemente reducción de conductas autolesivas en múltiples ensayos (DeCou, Comtois & Landes, 2019; Fazel & Runeson, 2020).

La prevención del suicidio necesita de la integración de las evaluaciones y tratamientos, con un seguimiento regular y con abordajes breves y replicables, lo que se agrega a el reclutamiento e implementación de las redes de apoyo social, familiar y sanitaria-gubernamental en la que se promuevan los ambientes seguros con la atenuación posible de acceso a métodos letales, pero también

de los factores predisponentes para el suicidio (Fazel & Runeson, 2020); simultáneamente con el progreso de la investigación para entender los mecanismos que protegen o contribuyen al riesgo suicida y el diseño e implementación de abordajes novedosos de la psiquiatría traslacional, que permitan la disminución en el número de muertes por suicidio (Gordon et al., 2020; Kotrbová et al., 2017). Un ejemplo es la clásica división de métodos para cometer suicidio y el reporte de la predilección de hombres por los denominados “violentos” y las mujeres por los considerados como “no violentos” (Skinner & McFaul, 2012), contribuye a un fenotipo que necesita ser sometido y refinado mediante estudios epidemiológicos, evidencia empírica que pueda ser analizada con ayuda de enfoques novedosos, como un estudio austríaco que sometió una base de datos nacionales a un análisis exploratorio con *data-driven machine learning* y demostró la necesidad de comprender subdivisiones en los grupos clásicamente reportados de métodos suicidas (Ludwig, 2019).

¿EL SUICIDIO COMO ENTIDAD DIAGNÓSTICA?

Existe una controversia entre los partidarios y los detractores de la inclusión de una entidad diagnóstica específica para el fenómeno suicida, en ocasiones denominado como “trastorno de comportamiento suicida” o “alteración afectiva suicida aguda” (Oquendo & Baca-García, 2014; Voros, Tenyi, Nagy, Fekete & Osvath, 2021). Para el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales en su 5ª. edición (DSM-5) considera este rubro como una afección que necesita más estudio (American Psychiatric Association [APA], 2013). Los argumentos a favor radican en que esta medida podría mejorar el registro y notificación de la conducta suicida, consecuentemente a documentación precisa para fines epidemiológicos e incluso legales, ya que esta es la principal causa de recursos legales contra psiquiatras, al menos en los Estados Unidos de América (Oquendo & Baca-García, 2014; Rogers, Chu & Joiner, 2019). Además, hasta el momento es únicamente mencionado como un síntoma dentro del TDM y TLP, pero no en trastornos mentales con tasas de suicidio más elevadas, como AN o esquizofrenia (Rogers et al., 2019). Entre las características propuestas como criterios diagnósticos se incluyen: el incremento en corto periodo de tiempo (horas o días, no semanas o meses) de la intencionalidad suicida; aislamiento social e ideas sobrevaloradas de minusvalía, aunado a desesperanza; dos o más síntomas de hiperexcitabilidad, tales como agitación, irritabilidad, insomnio o pesadillas (Rogers et al., 2019).

Otro punto a destacar es la evidencia acumulada que demostraría su validez diagnóstica mediante los criterios de Robins & Guze (1970): descripción clínica adecuada, que incluya características demográficas y antecedentes, por ejemplo, factores predisponentes; la asociación consistente con marcadores biológicos; la delimitación de otras entidades diagnósticas; la estabilidad diagnóstica o capacidad predictiva respecto al pronóstico mediante estudios de seguimiento; y estudios de agregación familiar.

Algunos argumentos enarbolados en contra radican en posturas que señalan el riesgo de “medicalización” de otras conductas como el homicidio; aunque es importante mencionar agudas diferencias entre estas conductas, ya que el suicidio es claramente de dominio médico. A este respecto, en la mayoría de las personas que cometieron suicidio es posible identificar algún trastorno mental a retrospectiva, con las llamadas “autopsias psicológicas” o simplemente con revisión de antecedentes clínicos, a diferencia de las personas que cometen homicidio, de quienes se ha reportado que solo 34 % presentaban algún trastorno psiquiátrico (Oquendo & Baca-García, 2014). Probablemente una tercera vía como un especificador trans-diagnóstico podría solucionar esta disyuntiva.

EVALUACIÓN DEL RIESGO SUICIDA.

Para el ámbito clínico existen modelos para predecir el riesgo suicida que han intentado mejorar la toma de decisiones clínicas y proveerles consistencia, a través de la asistencia en la identificación de grupos de alto riesgo y la traducción de la evidencia acerca de factores de riesgo. Estos modelos varían en el contenido y el grado de sus validaciones, de manera que la mayoría han sido diseñadas para evaluar depresión o la gravedad de la ideación suicida sin hacer énfasis en la predicción del riesgo suicida global. Los modelos de riesgo han sido usados en los departamentos de emergencia para evaluar personas que se han infringido algún daño y son poco balanceados respecto a la sensibilidad y especificidad, además de no proveer puntajes de probabilidad; de esta manera, estas herramientas incrementarían la carga laboral al evaluar múltiples casos como falsos positivos. Algunas de estas herramientas predicen con bajo riesgo suicida a personas que finalmente murieron por suicidio. Una ventaja de estos modelos sobre las evaluaciones no estructuradas es el intento por incorporar los factores de riesgo relativamente fuertes y sus interacciones. Se ha reportado el énfasis excesivo de los factores de riesgo suicida predisponentes y la aversión al riesgo por parte del clínico (Fazel & Runeson, 2020).

La Estrategia Nacional para la Prevención del Suicidio de los Estados Unidos y la Asociación Psiquiátrica Europea recomiendan el uso de herramientas de predicción del suicidio. Pese a esto, la evidencia que soporta su uso rutinario en departamentos de emergencia y primer nivel de atención es débil; estas deficiencias son la causa de las sugerencias para el desarrollo de nuevos modelos de predicción de riesgo suicida en poblaciones específicas, y las evaluaciones no deberían tener una sola métrica de base, como el uso exclusivo del valor predictivo positivo. En su lugar deberían ser consideradas como adyuvantes en la toma de decisiones y no su uso independiente, sin soslayar su potencial utilidad al mejorar el valor predictivo negativo, intentando el tamizaje de personas como bajo riesgo suicida para preservar recursos sanitarios. Aunque los abordajes que involucran el *machine learning*, *data-driven* y *big data* pueden proveer información novedosa acerca del fenómeno suicida, su rol en la evaluación del riesgo es aún desconocida (Fazel & Runeson, 2020; Gordon et al., 2020).

Existe poca investigación epidemiológica acerca de las características o atributos de los pensamientos suicidas respecto a cuán repetidos, invasivos o debilitantes son. El término fenómeno suicida se refiere al *continuum* que abarca fantasías de muerte, ideación, planes, preparativos e intentos suicidas.

ESCALAS CLINIMÉTRICAS PARA EVALUAR IDEACIÓN SUICIDA.

Existen diversas formas de evaluar la ideación suicida y esto es de vital importancia en escenarios clínicos y epidemiológicos. Por razones previamente mencionadas, es relevante identificar qué pacientes con ideación suicida realizarán un intento suicida. Es común en las entrevistas psiquiátricas que el clínico evalúe de una forma no estructurada su presencia o no, además de ciertos aspectos relevantes de la ideación suicida. No obstante, a nivel global y desde hace décadas se han realizado intentos por homologar términos dentro del fenómeno suicida y su forma de evaluarlos. Los mejores ejemplos son la Escala de Ideación Suicida elaborada por Beck, Kovacs & Weissman (1979) y la Escala Columbia para Evaluar el Riesgo Suicida (Posner et al., 2011).

No obstante, en estudios epidemiológicos como la ENCODAT 2016 en México o las ediciones anuales de la estadounidense Encuesta Nacional sobre Consumo de Drogas y Salud, se evaluó la ideación suicida de forma dicotómica, si está o no presente. Esto limita la evaluación de

otros atributos de este fenómeno. Actualmente no existe una escala específicamente diseñada para medir la ideación suicida y sus atributos en estudios epidemiológicos ni para medios electrónicos en hispanohablantes.

Escala de Ideación Suicida de Beck (EIS).

Esta escala fue diseñada para cuantificar y evaluar la recurrencia de pensamientos suicidas; medir este fenómeno en tres componentes: deseos suicidas activos, planes suicidas específicos y deseos suicidas pasivos (fantasías de muerte). Consta de 19 reactivos aplicados en el contexto de una entrevista clínica semiestructurada. Estos reactivos miden la intensidad de las actitudes, conductas y planes específicos para suicidarse. Cada reactivo se registró en un formato de respuesta de 3 opciones, con un rango de 0 a 2 y las mediciones se sumaron para obtener un puntaje global, de modo que el rango teórico es de 0 a 38. Los primeros cinco ítems son usados como tamizaje, si la puntuación de los reactivos (4) “Deseo de “intentar suicidarse” y (5) “Intento pasivo de suicidarse”, es cero, se omiten las secciones siguientes y se suspende esta entrevista, codificando como: “No aplicable”; en caso contrario, se continúa su aplicación (Beck, Brown & Steer, 1997).

En algunos estudios previos en adultos se mencionó una puntuación de 6 o más para ser usado como punto de corte para ideación suicida significativa (González-Macip, Díaz-Martínez, Ortiz-León, González-Forteza & González-Núñez, 2000; Sokero et al., 2003).

Las propiedades psicométricas de la Escala de Ideación Suicida, versión actual (EIS-A) (Beck et al., 1979) y la versión respecto al peor momento (EIS-P) (Beck et al., 1997) consisten en escalas que se realizan en el contexto de una entrevista semiestructurada, con 19 reactivos que miden la ideación suicida al momento actual (EIS-A) al igual que la ideación suicida respecto a su peor momento en la vida del paciente (EIS-P). En una muestra de 4,063 sujetos no hospitalizados, ambas escalas fueron positivamente correlacionadas con trastornos del estado de ánimo y de personalidad, además de correlaciones moderadas con depresión (medida con el Inventario de Depresión de Beck) y desesperanza (medida con la Escala de Desesperanza de Beck). La relación entre EIS-P y el antecedente de intentos suicidas fue mayor ($r = 0.50, p < .001$) que la relación entre intentos suicidas previos y la puntuación de EIS-A ($r = 0.31, p < .001$). En el mismo estudio se reportó una alta consistencia interna para EIS-P y EIS-A, con coeficientes $\alpha = 0.84$ y 0.89 , respectivamente. Ambas reportaron correlación moderada entre ellas ($r = 0.51, p < .001$). El análisis factorial identificó dimensiones comparables subyacentes en ambas escalas, a saber: motivación y preparación (Baertschi, Costanza, Canuto & Weber, 2018; Beck et al., 1997).

Escala Columbia para Evaluar el Riesgo de Suicidio (C-SSRS, Columbia Suicide Severity Rating Scale).

La C-SSRS es una entrevista semiestructurada que recoge la aparición, la gravedad y la frecuencia de la conducta y los pensamientos relacionados con el suicidio durante el período de evaluación. En 2011 se publicó esta escala, cuya versión original en idioma inglés se constituyó como el instrumento prospectivo equivalente al sistema de episodios adversos del Algoritmo de Clasificación Columbia para la Evaluación del Suicidio (C-CASA, *Columbia Classification Algorithm for Suicide Assessment*), encargado por la Administración Federal de Alimentos y Medicamentos estadounidense (FDA, *Food and Drug Administration*) a un grupo de trabajo liderado por investigadores pertenecientes a la Universidad de Columbia. La clasificación de la tentativa de suicidio (TS) de C-CASA es necesaria en todos los ensayos clínicos del sistema nervioso central y de la obesidad. La división de Neurofarmacología de la FDA ha solicitado específicamente que cualquier

instrumento usado de forma prospectiva para supervisar las visitas de los ensayos, debería hacer referencia a las definiciones de TS de C-CASA (Posner et al., 2007). La C-SSRS es la única escala que actualmente se considera adecuada para hacerlo y así lo ha aprobado la FDA para la supervisión prospectiva (Al-Halabí et al., 2016; Giddens, Sheehan & Sheehan, 2014; Posner et al., 2011).

La escala fue diseñada para cuantificar la gravedad de la ideación y conducta suicidas. Actualmente existen versiones para niños y adolescentes y adultos, exploratoria reciente, respecto a los últimos 30 días y desde la última cita médica. Existen más de 100 traducciones de la escala, entre las que destacan versiones al español, ruso, árabe, francés, chino mandarín y cantonés, hebreo, turco, italiano, vietnamita y coreano (Columbia Lighthouse Project/Center for Suicide Risk Assessment, 2019).

La publicación de la versión original en idioma inglés reportó buena validez convergente y divergente respecto a otras escalas de ideación y conducta suicida multi-informante. Presentó alta sensibilidad y especificidad para predecir intentos suicidas, comparada con otras escalas de conductas suicidas y una amplia evaluación suicida independiente (Posner et al, 2011).

La versión extendida comprende cuatro constructos. El primero es la gravedad de la ideación, con una subescala en la que se evalúan 5 tipos con gravedad creciente en una escala ordinal de 5 puntos (de 1 = deseos de morir a 5 = ideación suicida con plan específico e intención). El segundo es la intensidad de la ideación, con una subescala compuesta por 5 elementos, 2 de ellos (frecuencia y duración) se evaluaron con una escala ordinal de 5 puntos (de 1 a 5) y los otros 3 (controlabilidad, disuasión y motivo de ideación) se evaluaron con una escala ordinal de 6 puntos (de 0 a 5). El tercero es la conducta suicida, con una subescala nominal de tentativas reales, interrumpidas y abortadas, actos preparatorios y conducta autodestructiva no suicida. La cuarta es la letalidad de la conducta suicida, con una subescala que valora el nivel de daño médico real de la tentativa que se evalúa ordinalmente con 6 puntos (de 0 = no hay daño físico a 5 = muerte); si la letalidad real es 0, la letalidad potencial de la tentativa se clasifica según una escala ordinal de 3 puntos (Al-Halabí et al., 2016; Posner et al., 2011).

Otras escalas.

Además de las ya mencionadas en el ámbito clínico, se han empleado herramientas no especialmente diseñadas para la evaluar el riesgo suicida, sino más bien para otros constructos en ocasiones altamente relacionados, como es el caso de la desesperanza. La Escala de Desesperanza de Beck (*BHS, Beck Hopelessness Scale*) fue creada para población general con rango de edad 17 a 70 años, estructurada en 20 ítems y fue validada en adultos que padecían trastornos depresivos y ansiosos y con intentos suicidas, estudiando como desenlace el intento suicida y el suicidio consumado. El autor recomienda puntos de corte distintos acordes a la condición y escenarios clínicos. Ha reportado consistencia interna con coeficientes de 0.82 a 0.93 (Beck, 1974; Beck, Brown, Berchick, Stewart & Steer, 1990; Fisher & Overholser, 2013). En su validación externa existieron alrededor de 62 muertes por suicidio y presenta un problema similar con otras herramientas para evaluar el riesgo suicida: su alta sensibilidad pero baja especificidad (Deisselles et al., 2012; Runeson et al., 2019).

PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN.

¿La versión traducida al español de la Escala de Atributos de la Ideación Suicida (SIDAS) (*Suicidal Ideation Attributes Scale*) será válida y confiable para su empleo en población mexicana?

JUSTIFICACIÓN.

Contar con una escala que evalúe características de la ideación suicida con fines epidemiológicos y diseñada para su uso en medios electrónicos, ayudará a explorar atributos de dicho fenómeno de mejor forma comparado a una respuesta dicotómica en la que se recaban y reportan datos epidemiológicos, como la empleada en México para la Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco 2016 o en las ediciones anuales de la Encuesta Nacional sobre Consumo de Drogas y Salud estadounidense.

A conocimiento de los investigadores no existe una herramienta con esas características adaptada en población mexicana, para incidir especialmente en adultos jóvenes y con difícil acceso a servicios de salud mental. Además, al desarrollar este instrumento específicamente para ideación suicida y sus atributos por vía electrónica, nos permitiría usar un medio accesible para la población más joven y en situación de vulnerabilidad.

HIPÓTESIS DE TRABAJO.

La versión traducida al español de la Escala de Atributos de la Ideación Suicida (SIDAS) (*Suicidal Ideation Attributes Scale*) mostrará propiedades clinimétricas apropiadas para su uso en población mexicana.

OBJETIVOS.

Objetivo General:

Evaluar la validez de constructo, validez concurrente y consistencia interna de la Escala de Atributos de la Ideación Suicida, para su uso en población mexicana.

Objetivos específicos:

1. Determinar el punto de corte para progresión a intentos suicidas en población mexicana de la Escala de Atributos de la Ideación Suicida utilizando como comparación los puntos de corte establecidos en la Escala Columbia para Evaluar el Riesgo de Suicidio (C-SSRS) (*Columbia Suicide Severity Rating Scale*).

2. Determinar las variables sociodemográficas de la muestra y su probable relación con ideación suicida.

METODOLOGÍA.

Tipo de estudio.

Corresponde a un estudio de validación de proceso (Feinstein,1988).

Población y muestra.

La muestra fue reclutada de población general mediante medios electrónicos, en específico redes sociales como *Facebook* y *Twitter*, con un link/hipervínculo para ingresar propiamente a la URL de la investigación. Los participantes que completaban el formulario fueron invitados a compartir la página con amigos, conocidos o familiares, para que igualmente fueran candidatos a participar en la investigación; a lo anterior se le conoce como técnica “*snowball*”.

El nivel de riesgo de esta investigación se consideró mínimo, ya que se aplicaban pruebas psicológicas a individuos, en las que no se manipuló la conducta del sujeto. Se consideraban como riesgos potenciales, los de tipo psicológico, ya que la participación pudo impactar sobre la autopercepción del participante o generar malestar emocional, ansiedad o vergüenza. De forma concurrente, se pudo esperar que algunos participantes solicitasen evaluación en sitios de atención psiquiátrica y esto conllevarse un costo financiero por gastos de atención en salud mental.

Ya que el estudio se realizó de forma electrónica y no hubo interacción entre los investigadores y los participantes, al finalizar los cuestionarios no les fueron proporcionados resultados de estas escalas, pero se les sugirió a los participantes que en caso de haber contestado afirmativamente alguno de los ítems de la Escala de Gravedad Suicida de Columbia, acudieran a algún centro de atención en salud mental público, se les otorgó el link del sitio web de los Servicios de Atención Psiquiátrica de la Secretaría de Salud y del INPRFM, además de la línea telefónica de Apoyo Psicológico UAM; esto fue parte de la estrategia de contención de riesgos.

Los beneficios indirectos de la evaluación superaron los riesgos antes descritos, ya que la evidencia señala que el preguntar acerca de ideación suicida no aumenta el riesgo suicida *per se*.

El tiempo aproximado en el que un participante contestaba los formularios de la investigación fue entre cuatro y cinco minutos.

Criterios de inclusión para la muestra:

- Hombres o mujeres.
- Edad 18 a 60 años.
- Hispanohablante.

-Que supieran leer y tuvieran conocimientos básicos de informática, con lo que respondían el cuestionario.

Criterios de eliminación:

-Que no completasen las preguntas planteadas en los formularios (clímetrías y/o cédula de datos clínico-demográficos) correspondientes a la investigación.

Instrumentos de medición.

Escala de Atributos de la Ideación Suicida (SIDAS, Suicidal Ideation Attributes Scale). La Escala de Atributos de la Ideación Suicida (SIDAS) ha sido validada originalmente como una encuesta en línea para población general, para lo que se implementó en una muestra de 1,352 adultos. Se trata de una escala autoaplicada con cinco ítems que evalúan en el mes pasado: frecuencia de ideación suicida (ítem 1), autocontrol (ítem 2), cercanía a un intento (ítem 3), malestar (ítem 4), e interferencia en actividades de la vida diaria (ítem 5). La escala puede ser respondida con 11 puntuaciones (0-10). Para calcular la puntuación final se suman los cinco ítems, con la puntuación inversa del ítem 2 “autocontrol” (10=0, 9=1, 8=2, 7=3, ..., 0=10). Los primeros dos ítems, frecuencia y autocontrol de los pensamientos suicidas, fueron basados en la observación de que los mismos pueden ser repetitivos y difíciles de manejar. El tercer ítem, cercanía a un intento, representa la ideación suicida grave, que ha sido asociada a la emergencia de conductas suicidas. Los dos últimos atributos, nivel de malestar y la interferencia en actividades de la vida diaria, fueron incluidas para evaluar la ideación suicida con otras condiciones psiquiátricas, en las que se usan como un indicador de gravedad y grado de desviación de la normalidad; no obstante, el último ítem también se planteó como útil para evaluar el nivel de calidad de vida (van Spijker et al., 2014).

En la muestra original australiana, la SIDAS presentó alta consistencia interna (alfa de Cronbach = 0.91). Los cinco ítems presentaron una carga para un solo factor con un *eigenvalue* de 3.8, que explicaba 75.5 % de la varianza total. En dicha muestra los sujetos con ideación suicida (n=560), tuvieron un único factor con un *eigenvalue* de 3.3, mismo que explicó el 65.5 % de la varianza total. Todos los ítems tuvieron cargas factoriales absolutas mayores a 0.6, lo cual indicó la contribución al constructo unidimensional de ideación suicida por los cinco atributos de la ideación suicida estudiados (van Spijker et al., 2014).

La puntuación total de SIDAS tuvo buena validez convergente con los ítems de la C-SSRS: frecuencia (r=0.61), duración (r=0.50) y controlabilidad (r=0.44). De la misma forma, la SIDAS tuvo buena validez convergente con el PHQ-9 (r=0.65), GAD-7 (r=0.58) y el Índice de gravedad del Insomnio (r=0.40). El punto de corte de 1 reportó sensibilidad de 85.5 % para planes suicidas y 80.4 % para intentos suicidas (con 67.1 % y 63.6 % de especificidad, respectivamente). Los puntajes ≥ 21 tuvieron 95.8 % de especificidad para la presencia de un plan suicida en el año previo y 94.9 % para intentos o planeación en el año previo, con sensibilidad de 39.6 % y 50.0 %, respectivamente. Basados en esos datos, cualquier reporte de ideación fue considerado indicativo para predecir conductas suicidas, mientras que un punto de corte de 21 en la SIDAS fue usado para indicar el alto riesgo de conductas suicidas (van Spijker et al., 2014). Anexo A.

La versión original se contestó aproximadamente en 30 a 60 segundos, con disminución significativa si el participante no presentaba ideación suicida (van Spijker et al., 2014). Se reportó una traducción y validación al chino mandarín de esta escala (Han et al., 2017).

C-SSRS (Columbia Suicide Severity Rating Scale): Escala Columbia para Evaluar el Riesgo de Suicidio (versión exploratoria reciente). La publicación de su versión original en idioma inglés reportó buena validez convergente y divergente respecto a otras escalas de ideación y conducta

suicida multi-informante. Presentó alta sensibilidad y especificidad para predecir intentos suicidas, comparada con otras escalas de conductas suicidas y una amplia evaluación suicida independiente (Posner et al., 2011).

La división de Neurofarmacología de la FDA solicitó específicamente que cualquier instrumento usado de forma prospectiva para supervisar las visitas de los ensayos debería hacer referencia a las definiciones de C-CASA, mismo que dio origen a la C-SSRS, y es la única escala actualmente considerada adecuada para hacerlo (Al-Halabí et al., 2016; Posner et al., 2011).

La versión exploratoria reciente consta de seis ítems que deberán ser contestados dicotómicamente, los primeros cinco respecto al último mes. El primer ítem evalúa ideación suicida pasiva o fantasías de muerte. El segundo ítem aplicado es referente a la presencia o ausencia de ideación suicida. El tercer ítem representa la existencia o no de un método suicida. El cuarto y quinto ítems evalúan la presencia de intencionalidad elevada y plan suicida, respectivamente. El sexto ítem cuestiona acerca de intento(s) o preparativo (s) suicidas a lo largo de la vida, en caso de respuesta afirmativa replantea el cuestionamiento si estos han sucedido en los últimos tres meses (Posner et al., 2011).

Si el evaluado respondió “sí” únicamente al ítem 1 y 2 se catalogó con riesgo bajo para llevar a cabo conductas suicidas; si respondió afirmativamente los ítems 3 y 6 a lo largo de la vida, pero no en los últimos tres meses, se catalogó con riesgo intermedio para que realizara conductas suicidas nuevamente. De la misma forma se determinó como riesgo alto si el evaluado respondió afirmativamente los ítems 4, 5 o 6 en los últimos tres meses (Al-Halabí et al., 2016; Posner et al., 2011).

Si bien es cierto que no existe algún reporte de uso de la C-SSRS en México, se halló una validación realizada al idioma español por un grupo radicado en España, con participación de los autores de la versión original (Al-Halabí et al., 2016). Se eligió la presente escala como estándar de oro al ser usada así por la División de Neurofarmacología de la FDA, además de resultar sencilla su aplicación e interpretación. Anexo B.

“Cédula de datos clínico-demográficos”. La cédula de datos clínico-demográficos es un formato que ayudó a los investigadores a recolectar variables demográficas mínimas acerca de los individuos y sus antecedentes clínicos. Consta de las siguientes variables:

1) Edad del participante, expresada en años, se constituyó como una variable cuantitativa discreta. Fue indicada por el participante.

2) Género del participante, se constituyó como una variable cualitativa nominal politómica: masculino, femenino y no binario. Fue indicada por el participante.

3) Estado civil, se constituyó como una variable cualitativa nominal politómica y fue indicada por el participante como: a) soltero; b) casado; c) unión libre y d) divorciado o viudo. La operación de estos términos se prefirió así debido al reporte de la literatura en el que existen ciertas diferencias entre sujetos que se encontraban solteros *versus* casados o solteros *versus* divorciados o viudos (van Orden et al., 2010).

4) Ocupación, como variable cualitativa nominal politómica y fue la indicada por el participante: a) trabajo remunerado; b) ocupación no remunerada (estudiante, ama de casa, ayuda en negocio familiar); c) no trabaja, pero es remunerado (jubilado); d) no trabaja ni es remunerado.

5) Escolaridad en años, se constituyó como variable cualitativa nominal politómica. Se cuestionó de la siguiente forma ¿Cuál es tu grado máximo de estudios? Se desplegó menú consistente en: a) Primaria; b) Secundaria; c) Preparatoria, bachillerato, vocacional o carrera técnica; d) Licenciatura; e) Maestría o doctorado.

6) Número de intentos suicidas, como una variable de ámbito clínico que se constituyó como cuantitativa discreta y fue contestada por el participante al cuestionamiento:

¿Alguna vez has hecho algo con la intención de acabar con su vida? En caso de que no selecciona 0. Si has tenido intentos suicidas, especifica el número: 0,1,2,3,4,5,6,7, ...

7) Comorbilidad psiquiátrica, se constituyó como una variable cualitativa nominal dicotómica con la siguiente pregunta: ¿Algún médico y/o psicólogo te ha dado un diagnóstico psiquiátrico como depresión, trastorno bipolar, esquizofrenia, trastorno de personalidad?

a) Sí. ¿Cuál trastorno? _____ b) No.

8) Número de hospitalizaciones psiquiátricas, como una variable cuantitativa discreta con la siguiente pregunta: ¿Alguna vez te han hospitalizado en un centro psiquiátrico? En caso de que no, selecciona 0. Si has tenido intentos suicidas, especifica el número. 0,1,2,3,4,5,6,7,8,9...

Anexo C.

PROCEDIMIENTOS DEL ESTUDIO.

Se realizó un formulario electrónico con la información de la investigación, mediante la plataforma Google® Formularios; la primera página correspondió a la carta de consentimiento informado, riesgos y beneficios, en el que se le preguntó al usuario si aceptaba participar en el estudio. Al obtener la aprobación se continuaba con la segunda página del formulario en la que se solicitaron datos sociodemográficos y algunos clínicos mediante la “Cédula de datos clínico-demográficos”. En la tercera y cuarta páginas se desplegaban las dos clinimetrías previamente señaladas (SIDAS y C-SSRS).

Los participantes provinieron de población general y fueron reclutados directamente por invitación del investigador principal a través de redes sociales como Facebook o Twitter, además de emplearse técnica conocida como “*snowball*”.

La primera fase consistió en una prueba piloto con 50 participantes (10 personas por ítem), para la cual se calculó confiabilidad mediante coeficiente alfa de Cronbach, al ser catalogada como buena, se reanudó el reclutamiento de participantes.

Al alcanzar el tamaño mínimo de la muestra, estos participantes fueron integrados en la primera muestra N_1 ; el resto de los sujetos que se agregaron, conformaban una segunda muestra N_2 , con la que se realizó el análisis factorial confirmatorio.

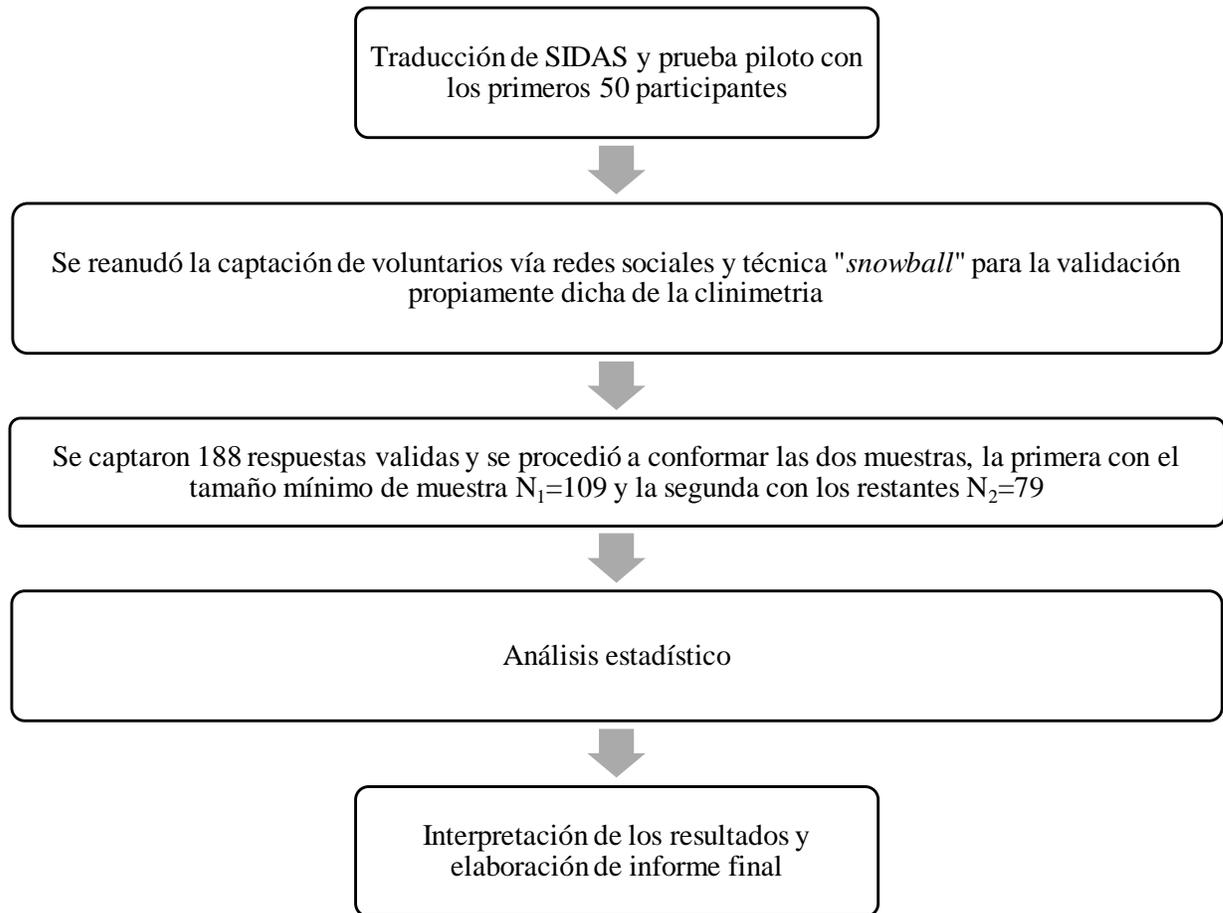
Cálculo de tamaño de muestra.

Se consideraron los criterios de Green (1991), con el mínimo de 50 sujetos para la evaluación de la traducción de la escala SIDAS, en la fase piloto. Green (1991) propuso $n \geq 104 + m$, donde m es el número de ítems, al tener SIDAS 5 reactivos, el resultado fue $n=109$. Superado este número mínimo de muestra, el resto de los sujetos que se agregaban pasaron a conformar una segunda muestra con la que se realizó el análisis confirmatorio.

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES.

Actividad	Julio 2019	Agosto 2019	Septiembre 2019	4°. trimestre 2019 y 1°. trimestre de 2020	2°. trimestre 2020	3°. Y 4°. trimestres 2020	1°. Y 2°. trimestres 2021
ENTREGA DE ANTEPROYECTO	X						
DICTAMEN POR EL COMITÉ DE TESIS Y DE ÉTICA		X					
CORRECCIONES DEL COMITÉ DE ÉTICA			X				
CAPTACIÓN DE DATOS Y PRUEBA PILOTO				X			
PRESENTACIÓN DE AVANCES					X		
ANÁLISIS DE RESULTADOS						X	
ELABORACIÓN Y ENTREGA DE INFORME FINAL							X

DIAGRAMA DE FLUJO



ANÁLISIS ESTADÍSTICO.

La descripción de las características sociodemográficas y clínicas de la muestra se realizó con frecuencias y porcentajes para las variables categóricas, y con medias y desviaciones estándar para las variables de tipo dimensional.

Se utilizó el coeficiente alfa de Cronbach para determinar la consistencia interna (confiabilidad).

En lo concerniente al criterio de validez de constructo, se corroboró que los ítems del instrumento SIDAS representasen adecuadamente el único constructo que pretendió medir. La idoneidad para el análisis factorial fue evaluada usando el test de homogeneidad de varianzas de Bartlett y la medida KMO (Kaiser–Meyer–Olkin) para determinar si el muestreo fue adecuado. Dado que el instrumento tiene solo cinco ítems, se calculó la estructura factorial que consideró a cada uno de los componentes del instrumento, y así evaluó en cada una de ellas la unidimensionalidad por medio del criterio propuesto por Armor (1973); este criterio compara la confiabilidad con la varianza explicada por el primer factor; para lo anterior se utilizó el software IBM SPSS versión 21.0 (IBM, 2012).

También se efectuó un análisis factorial confirmatorio que utilizó la estructura propuesta con la primera muestra N_1 como referente vs la segunda muestra N_2 , para lo que se empleó el software IBM AMOS SPSS versión 21 (IBM, 2012).

La validez de criterio se evaluó a través del grado de concordancia entre las puntuaciones de la escala SIDAS comparándola con el estándar, la versión tamizaje de C-SSRS. Por último, se construyó una curva ROC (*Receiver operating characteristics*) que determinó el punto de corte en el que la ideación suicida conllevó mayor probabilidad a realizar un intento suicida en esta población.

También se consideró para el presente análisis estadístico, el reporte de algunas variables de todos los participantes (N_1+N_2) y de aquellos que refirieron ideación suicida (N_i).

ASPECTOS ÉTICOS, FINANCIEROS Y DE BIOSEGURIDAD.

La presente investigación fue aprobada por el Comité de Ética en Investigación del Instituto Nacional de Psiquiatría “Ramón de la Fuente Muñiz” (Anexo D).

El documento de consentimiento informado fue aprobado acorde a la normatividad vigente e incluyo aspectos como (Anexo E):

1.- Se explicó por escrito (mediante consentimiento informado para el participante) que los datos obtenidos en las escalas clinimétricas aplicadas fueron y son confidenciales y solo tuvieron acceso a ellos los investigadores.

2.- En caso de aceptar la participación, le serían aplicadas clinimetrías correspondientes y pudo omitir el responder a ítem(s) específico(s) o finalizar su participación en cualquier momento del cuestionario.

3.- No se preguntaron datos sin importancia para la evaluación del riesgo suicida.

4.- Los formatos virtuales/electrónicos que visualizaban los participantes de la investigación no contenían el logotipo de la institución.

5.- Al realizar las escalas clinimétricas, el potencial participante fue informado de la existencia de centros de atención en salud mental públicos, en los que pudiese recibir atención oportuna, si así el usuario lo creyó necesario; además se proporcionaron líneas telefónicas como “Línea telefónica UAM de Apoyo Psicológico”: 5558046444.

El estudio fue financiado por los propios investigadores.

Todo lo anterior acorde a la Ley General de Salud y disposiciones que de ella emanan, como el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 3 de febrero de 1983, que en su Título Segundo “De los Aspectos Éticos de la Investigación en Seres Humanos”, capítulo 1º, Artículo 14, fracción V señala textualmente: “...contará con el consentimiento informado y por escrito del sujeto de investigación o su representa legal...”; y al Artículo 17, Fracción II “...se considera este estudio como Investigación con riesgo mínimo: estudios prospectivos que emplean el riesgo de datos a través de procedimientos comunes en exámenes físicos o psicológicos” (pruebas psicológicas a individuos o grupos en los que no se manipulará la conducta del sujeto como la presente investigación).

Para la realización de esta investigación no se contravinieron preceptos internacionales como la “Declaración de Helsinki” de la Asociación Médica Mundial, misma que sugirió principios éticos para las investigaciones médicas en los seres humanos, *grosso modo*: siempre debe respetarse el derecho a proteger la integridad de los propios participantes en la investigación. Además, de tomarse toda clase de precauciones para resguardar la intimidad de los individuos, la confidencialidad de la información del paciente, para reducir al mínimo las consecuencias de la investigación sobre su integridad física, mental y su personalidad.

Esta investigación se apegó a lo establecido en el decálogo de principios de experimentación médica con seres humanos del Código Internacional de Ética para la investigación con seres humanos, también conocido como “Código de Nuremberg”, y por lo tanto fue indispensable evitar sufrimiento físico y mental innecesario y todo daño a las personas que incluyen el estudio.

De la misma forma, se hizo acorde a lo establecido en el Informe Belmont, elaborado en 1978 por la *National Comision For the Protection of Human Subjets of Biomedical Reserch* de los Estados Unidos de América, cuyos principios fundamentales son el respeto, la autonomía y la seguridad de las personas que se incluyan en el estudio, de la misma forma el beneficio y la utilidad de este, es de beneficio para la sociedad en general.

RESULTADOS.

La primera fase (piloto) consistió en una evaluación de la confiabilidad de SIDAS con los primeros 50 participantes, calculada mediante coeficiente alfa de Cronbach en 0.82, considerándose alta, adecuada y no redundante (Carvajal, Centeno, Watson, Martínez, & Sanz-Rubiales, 2011), por lo que se procedió a la segunda fase del presente estudio.

Para la segunda fase, se registraron 189 respuestas a las clinimetrías y/o cédula de datos clínico-demográficos correspondientes a la investigación aplicada vía electrónica, se eliminó a un respondiente que declinó su consentimiento a participar.

Los 188 participantes en la investigación fueron analizados en conjunto y divididos en dos muestras de 109 y 79 participantes (N_1 y N_2), acorde a la temporalidad en que contestaron los instrumentos y al tamaño mínimo de la muestra calculado según Green (1991).

Las respuestas de los participantes fueron registradas en la plataforma Google® Formularios, entre el 19 de mayo y el 6 de octubre de 2020.

La mayoría de los participantes en este estudio ($N_1+N_2=188$), se identificaron con el género femenino ($\chi^2 = 92.82$, $gl=2$, $p=0.000$), se encontraban en el grupo etario adultos jóvenes, de 18 a 37 años de edad ($\chi^2 = 288.36$, $gl=5$, $p=0.000$), con estado civil soltero ($\chi^2 = 174.43$, $gl=2$, $p=0.000$), trabajo remunerado ($\chi^2 = 234.43$, $gl=3$, $p=0.000$), con licenciatura como grado máximo de estudios ($\chi^2 = 281.28$, $gl=3$, $p=0.000$), sin antecedente de diagnóstico psiquiátrico ($p<.001$) ni intentos suicidas ($p<.001$) (Tabla 1). Las medias de edad y número de intentos suicidas a lo largo de la vida considerando a los 188 individuos (N_1+N_2) fueron 29.04 (± 8.19) y 0.47 (± 1.07), respectivamente (Tabla 2).

Respecto a los 51 participantes que refirieron ideación suicida en el último mes (N_i), se identificaron mayormente con estado civil soltero ($\chi^2 = 74.24$, $gl=2$, $p<0.001$), con rango de edad de 18 a 27 años ($\chi^2 = 43.67$, $gl=3$, $p<0.001$), con ocupación remunerada ($\chi^2 = 26.47$, $gl=2$, $p<0.001$), grado máximo de estudios licenciatura ($\chi^2 = 64.35$, $gl=2$, $p<0.001$), sin diferencias significativas en haber sido diagnosticados con algún trastorno psiquiátrico previamente ($p=0.16$) ni respecto al antecedente de intentos suicidas ($p=0.57$).

Tabla 1

Características demográficas y clínicas de los participantes

	N_1 (%)	N_2 (%)	N_1+N_2 (%)	N_i (%)
Género				
Masculino	60 (55.0)	26 (32.9)	86 (45.7)	26 (51)
Femenino	48 (44.0)	53 (67.1)	101 (53.7)	24 (47)
No binario	1 (0.9)	0 (0)	1 (0.5)	1 (2)
Edad				
18-27	53 (48.6)	29 (36.7)	82 (43.6)	29 (56.9)
28-37	48 (44.0)	42 (53.2)	90 (47.9)	19 (37.3)
38-47	2 (1.8)	2 (2.5)	4 (2.1)	1 (2)
48-57	3 (2.8)	6 (7.6)	9 (4.8)	2 (3.9)
58-67	1 (0.9)	0 (0)	1 (0.5)	0 (0)
≥ 68	2 (1.8)	0 (0)	2 (1.1)	0 (0)

Estado civil				
Soltero	90 (82.6)	58 (73.4)	148 (78.7)	46 (90.2)
Casado	12 (11.0)	10 (12.7)	22 (11.7)	3 (5.9)
Unión libre	7 (6.4)	11 (13.9)	18 (9.6)	2 (3.9)
Ocupación				
Trabajo remunerado	71 (65.1)	61 (77.2)	132 (70.2)	32 (62.7)
No trabaja ni es remunerado	2 (1.8)	3 (3.8)	5 (2.7)	2 (3.9)
No trabaja pero es remunerado (jubilado)	2 (1.8)	0 (0)	2 (1.1)	0 (0)
Ocupación no remunerada (estudiante, ama de casa)	34 (31.2)	15 (19.0)	49 (26.1)	17 (33.3)
Grado máximo de estudios				
Maestría o doctorado	10 (9.2)	10 (12.7)	20 (10.7)	3 (5.9)
Licenciatura	84 (77.1)	62 (78.5)	146 (77.7)	44 (86.3)
Preparatoria	13 (11.9)	5 (6.3)	18 (9.6)	4 (7.9)
Primaria o secundaria	2 (1.8)	2 (2.5)	4 (2.1)	0 (0)
Antecedente de diagnóstico psiquiátrico				
Sí	39 (35.8)	15 (19.0)	54 (28.7)	20 (39.2)
No	70 (64.2)	64 (81.0)	134 (71.3)	31 (60.8)
IS a lo largo de la vida				
Ninguno	85 (78.0)	56 (70.9)	141 (75.0)	28 (54.9)
Uno o más	24 (22.0)	23 (29.1)	47 (25.0)	23 (45.1)

Nota: N_1 = muestra con 109 participantes. N_2 = muestra con 79 participantes. IS = Intentos suicidas a lo largo de la vida. N_i = participantes que refirieron ideación suicida en el último mes según SIDAS ítem 1.

Tabla 2*Variables dimensionales de los participantes*

	N_1	N_2	N_1+N_2	N_i
Edad				
Media ($\pm DE$)	28.22 (9.03)	30.18 (6.77)	29.04 (8.19)	27.27 (5.77)
Mediana	28	28	28	27
Número de IS				
Media ($\pm DE$)	0.47 (1.18)	0.48 (0.9)	0.47 (1.07)	1.04 (1.66)
Mediana	0	0	0	0

Nota: N_1 = muestra con 109 participantes. N_2 = muestra con 79 participantes. N_i = participantes que refirieron ideación suicida en el último mes. *DE* = Desviación estándar. *IS* = Intentos suicidas a lo largo de la vida.

Se rechazó la hipótesis nula en la que no existiría diferencia entre las medias de las puntuaciones totales de la SIDAS entre los participantes que refirieron ideación suicida en el último mes al compararse con los que no ($t=-8.19$, $p<0.001$), por lo que se pudo afirmar que difieren las medias de las puntuaciones totales de la SIDAS entre los individuos que presentan ideación suicida en el último mes y los que no. En la tabla 3 se describen las medias de las muestras (N_1+N_2 y N_i) respecto a la puntuación total de la escala SIDAS y a cada uno de los ítems.

Al compararse las medias de las puntuaciones totales de la escala SIDAS de los 188 participantes, no se encontraron diferencias significativas respecto al género ($t=-0.756$, $p=0.45$), grupo etario ($F=2.0$, $p=0.08$), ocupación ($F=1.54$, $p=0.2$) o grado máximo de estudios ($F=1.54$, $p=0.2$); pero sí respecto al estado civil soltero *versus* casado o unión libre ($F=5.19$, $p=0.023$), si refirió al menos un intento suicida en algún momento de la vida ($t=-6.39$, $p<.001$) o el antecedente de algún trastorno psiquiátrico diagnosticado ($t=-6.39$, $p<0.001$).

Tabla 3*Medias y desviaciones estándar para la escala SIDAS*

	$N_1+N_2=188$		$N_i=51$	
	<i>M</i>	<i>DE</i>	<i>M</i>	<i>DE</i>
SIDAS ítem 1	0.87	1.884	1.27	2.060
SIDAS ítem 2	0.41	1.244	0.73	1.511
invertido				
SIDAS ítem 3	0.20	0.848	3.10	2.872
SIDAS ítem 4	0.93	2.142	1.76	2.430
SIDAS ítem 5	0.52	1.486	10.06	8.491
SIDAS total	2.93	6.284	3.20	2.383

Nota: N_1 = muestra con 109 participantes. N_2 = muestra con 79 participantes. N_i = participantes que refirieron ideación suicida en el último mes. *DE* = Desviación estándar. *M* = Media.

El cálculo de confiabilidad a través del coeficiente alfa de Cronbach para N_1 y N_2 fueron 0.81 y 0.88, respectivamente. La consistencia interna para N_1+N_2 fue calculada en 0.85, a este respecto la tabla 4 menciona el coeficiente global de la escala SIDAS si cada uno de los ítems se suprimiera. Los tres análisis realizados indicaron buena confiabilidad de la escala (alfa de Cronbach > 0.8), al igual que la de los elementos que la componen, sin ser redundantes (Carvajal et al., 2011; Osborne, 2014).

Tabla 4
Confiabilidad de la escala SIDAS

	N_1	N_2	N_1+N_2
Coefficiente total de la escala	0.813	0.885	0.851
Si se ha suprimido:			
Ítem 1	0.733	0.806	0.767
Ítem 2	0.821	0.906	0.87
Ítem 3	0.803	0.891	0.848
Ítem 4	0.771	0.832	0.801
Ítem 5	0.741	0.824	0.78

Nota: N_1 = muestra con 109 participantes. N_2 = muestra con 79 participantes.

Se realizó prueba de esfericidad de Bartlett, misma que fue estadísticamente significativa, indicando la existencia de correlación entre las variables con lo que el análisis factorial tendría sentido; el grado de intercorrelación entre variables, medido con el índice Kaiser-Meyer-Olkin, fue mayor 0.7, por lo que se consideró adecuado y factible proceder al análisis factorial exploratorio (Carvajal et al., 2011).

El análisis factorial exploratorio de la SIDAS presentó un solo componente, por lo cual no fue posible rotar la solución, como en un inicio se había planteado; los cinco ítems de la SIDAS presentaron una carga para un solo componente, mismo que explicó en N_1 el 62.04 % de la varianza y para N_2 el 71.81 %, con *eigenvalue* de 3.1 y 3.59 respectivamente. Para N_1+N_2 la varianza explicada por un solo componente correspondió al 65.78 %, con *eigenvalue* de 3.29 (Tabla 5). Todo lo anterior indicaría que los atributos de la ideación suicida parecen contribuir al constructo unidimensional de ideación suicida. No obstante, el reactivo 2, que evalúa el control percibido del sujeto a la ideación suicida, presentó una dirección de correlación o signo negativo debido a que se codificó de manera inversa al resto de los reactivos, y presentó carga factorial menor a 0.6 en N_1 y N_1+N_2 , pero no en N_2 ; en este análisis fue el único ítem con carga factorial baja. Respecto al análisis factorial que tomaba únicamente a los 51 participantes que presentaron ideación suicida en el último mes, la solución de un componente explicó el 57.66 % de la varianza, con *eigenvalue* de 2.88.

Tabla 5
Análisis factorial de la escala SIDAS

	N_1	N_2	N_1+N_2
Medida <i>KMO</i>	0.838	0.722	0.845
<i>PEB gl</i>	10	10	10
<i>Sig. PEB</i>	<.001	<.001	<.001
<i>Eigenvalue</i>	3.10	3.59	3.29
Varianza explicada por un componente	62.04%	71.81%	65.78%
Cargas factoriales por elemento			
Ítem 1 (frecuencia)	0.855	0.962	0.917
Ítem 2 (control)	-0.597	-0.643	-0.564
Ítem 3 (cercanía al intento)	0.742	0.763	0.761

Ítem 4 (malestar)	0.826	0.911	0.862
Ítem 5 (interferencia)	0.883	0.916	0.898

Nota: N_1 = muestra con 109 participantes. N_2 = muestra con 79 participantes. *KMO* = Prueba de Kaiser-Meyer-Olkin de adecuación de muestreo. *PEB gl* = Prueba de esfericidad de Bartlett grados de libertad. *Sig. PEB* = significancia de la prueba de esfericidad de Bartlett

La validez de criterio fue evaluada a través de correlación de Spearman, empleada al contar con una variable numérica y otra categórica. El puntaje total de SIDAS tuvo buena validez de criterio con la versión de tamizaje de la C-SSRS en sus ítems 1 ($r_s=0.595$, $p<0.01$) y 2 ($r_s=0.508$, $p<0.01$), mismos que evaluaban la presencia de ideación suicida pasiva y activa en el último mes. Respecto a los ítems 3, 4 y 6ª de la C-SSRS que valoraban método o plan suicidas en el último mes, e intentos suicidas en los últimos tres meses, se obtuvieron correlaciones estadísticamente significativas ($p<0.01$), pero de menor magnitud (Tabla 6).

Con la finalidad de evaluar si la escala SIDAS detecta a personas con alto riesgo suicida, se construyó una curva ROC (*Receiver Operating Characteristics*). El puntaje total de SIDAS contó con aceptable discriminación para planes suicidas; AUC 0.768 (95 % IC; 0.624-0.913, $p=0.000$) (Figura 1). De esta manera, el punto de corte de 1 tuvo 73.3% de sensibilidad y 70.5% de especificidad.

La sumatoria de la escala SIDAS discriminó de manera aceptable el riesgo en el que la ideación suicida conllevaba mayor probabilidad a realizar un intento suicida en nuestra muestra; AUC 0.71 (95 % IC; 0.539-0.88, $p=0.016$) (Figura 2). El punto de corte de 1 en esta sumatoria obtuvo 70% de sensibilidad y 69.1% de especificidad.

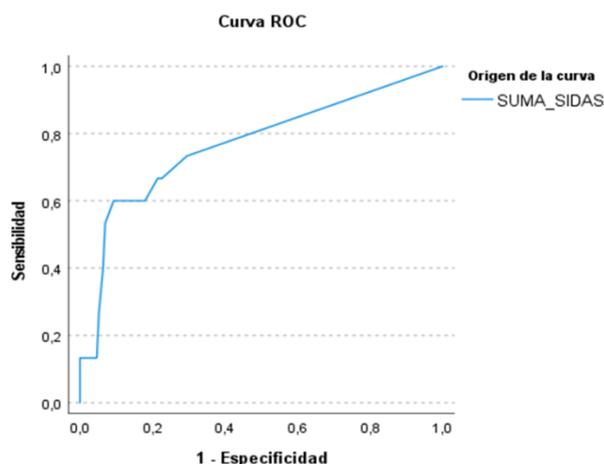


Figura 1. Análisis de sensibilidad y especificidad para planeación suicida.

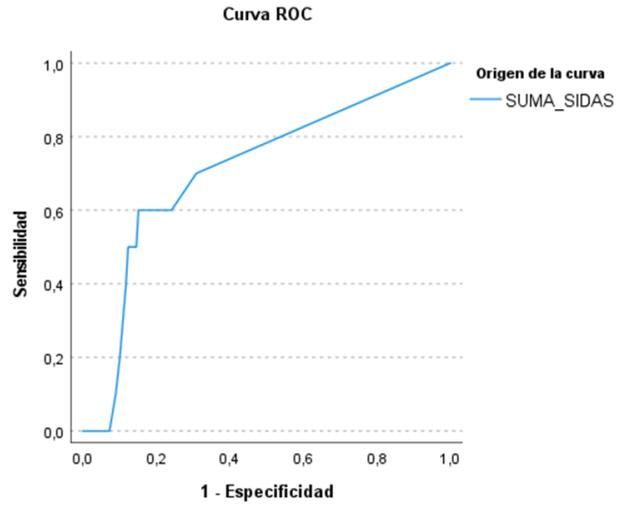


Figura 2. Análisis de sensibilidad y especificidad para otro intento suicida.

Tabla 6*Matriz de correlaciones entre escala SIDAS y versión de tamizaje CSSRS (N=188)*

	Ítems SIDAS					Ítems C-SSRS							
	Total	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	6	6a
SIDAS total	1.00	0.901**	-0.656**	0.543**	0.876**	0.787**	0.595**	0.508**	0.476**	0.301**	0.11	0.150*	0.195**
SIDAS ítem 1	0.901**	1.00	-0.489**	0.536**	0.822**	0.656**	0.617**	0.522**	0.532**	0.326**	0.12	0.175*	0.176*
SIDAS ítem 2	-0.656**	-0.489**	1.00	-0.392**	-0.603**	-0.580**	-0.378**	-0.508**	-0.360**	-0.292**	0.03	-0.09	-0.171*
SIDAS ítem 3	0.543**	0.536**	-0.392**	1.00	0.587**	0.482**	0.439**	0.491**	0.372**	0.05	0.219**	0.09	0.167*
SIDAS ítem 4	0.876**	0.822**	-0.603**	0.587**	1.00	0.792**	0.632**	0.540**	0.416**	0.278**	0.14	0.157*	0.13
SIDAS ítem 5	0.787**	0.656**	-0.580**	0.482**	0.792**	1.00	0.558**	0.552**	0.413**	0.270**	-0.04	0.09	0.165*
CSSRS ítem 1	0.595**	0.617**	-0.378**	0.439**	0.632**	0.558**	1.00	0.430**	0.491**	0.276**	-0.05	0.214**	0.205**
CSSRS ítem 2	0.508**	0.522**	-0.508**	0.491**	0.540**	0.552**	0.430**	1.00	0.605**	0.290**	-0.02	0.13	0.384**
CSSRS3 ítem 3	0.476**	0.532**	-0.360**	0.372**	0.416**	0.413**	0.491**	0.605**	1.00	0.347**	-0.03	0.161*	0.326**
CSSRS ítem 4	0.301**	0.326**	-0.292**	0.05	0.278**	0.270**	0.276**	0.290**	0.347**	1.00	-0.02	0.05	0.11
CSSRS ítem 5	0.11	0.12	0.03	0.219**	0.14	-0.04	-0.05	-0.02	-0.03	-0.02	1.00	-0.02	-0.02
CSSRS ítem 6	0.150*	0.175*	-0.09	0.09	0.157*	0.09	0.214**	0.13	0.161*	0.05	-0.02	1.00	0.01
CSSRS ítem 6a	0.195**	0.176*	-0.171*	0.167*	0.13	0.165*	0.205**	0.384**	0.326**	0.11	-0.02	0.01	1.00

Nota: Los asteriscos indican las correlaciones significativas al nivel de * $p < .05$ y ** $p < .01$.

Se realizó un análisis factorial confirmatorio en el que se evaluaron las medidas de bondad de ajuste, que tienen como propósito determinar si el modelo propuesto de un solo componente en el AFE específicamente de N_1 , se ajusta de manera satisfactoria a los datos recabados en N_2 . Se utilizó la transformación de Box-Cox en las puntuaciones de la escala SIDAS, para ajustar a una distribución normal. Mediante estimación de máxima verosimilitud se obtuvieron las siguientes medidas de ajuste absoluto: $CMIN \chi^2= 98.732$, $gl=14$, $p=0.000$ y $RMSEA= 0.279$, $p=0.000$. Las medidas de ajuste incremental fueron $CFI=0.766$; $NFI=0.735$ y $TLI=0.833$. Las medidas de ajuste de parsimonia fueron $PRATIO=1.400$; $PNFI=1.029$ y $PCFI=1.073$; el AIC del modelo propuesto con resultado de 110.732, que es mayor al de comparación (Figura 3). Todos los cálculos anteriores se consideran fuera de lo esperado para continuar con el modelo propuesto, por lo que se rechaza el mismo.

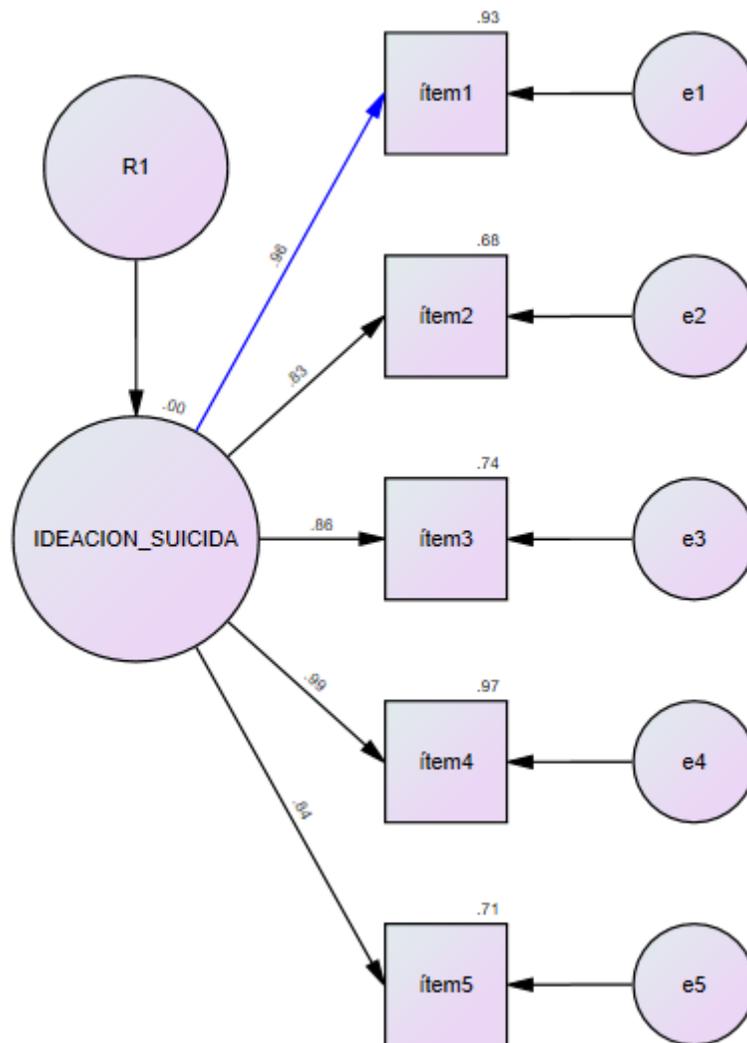


Figura 3. Análisis factorial confirmatorio entre N_1 y N_2 .

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES.

Los altos coeficientes alfa de Cronbach obtenidos de la “Escala de atributos de la ideación suicida” (SIDAS, por sus siglas en inglés), tanto de manera global como de cada uno de sus ítems, permite establecerla como una herramienta confiable en población mexicana, ya que son adecuados y no redundantes (Carvajal et al., 2011; Sánchez & Echeverry, 2004). Además, fueron cercanos a los reportados en la versión original en idioma inglés y la validación al chino mandarín, que reportaron coeficientes alfa de Cronbach de 0.91 (van Spijker et al., 2014) y 0.84 (Han et al., 2016), respectivamente.

Fue factible realizar el análisis factorial exploratorio en el que los cinco ítems de la escala representarían un solo factor, lo que hace sugerencia de la naturaleza unidimensional de la ideación suicida, al menos por lo estudiado en los atributos de la SIDAS.

En la muestra original (n=1,352), los cinco ítems presentaron una carga para un solo factor con un *eigenvalue* de 3.8 y contaban el 75.5 % de la varianza total. En dicha muestra los sujetos con ideación suicida (n=560), tuvieron un único factor con un *eigenvalue* de 3.3 y contaba para 65.5 % de la varianza total (van Spijker et al., 2014). Todos los ítems tuvieron cargas factoriales absolutas mayores a 0.6, indicando que los atributos de la ideación suicida parecían contribuir al constructo unidimensional de ideación suicida (Osborne, 2014).

A diferencia de la versión original, en este análisis el reactivo número 2 que pretende evaluar el control referido por el participante a la ideación suicida, fue el único que presentó carga factorial menor a 0.6, lo cual lo haría candidato a ser suprimido de la SIDAS, aunque teóricamente este supuesto no sería viable, ya que se ha reportado que el control inhibitorio es relevante en el fenómeno suicida (Al-Halabí et al., 2016; Posner et al., 2011).

Otra fuente de evidencia divergente fue la validación al chino mandarín (n=224), en la que el ítem 5 de la SIDAS y no el 2 como en el caso de la presente investigación, fue el único que presentó carga factorial <0.6; no obstante, ellos consideraron como suficientes las cargas factoriales >0.5, por lo que no realizaron mayor disertación al respecto, pese a que su muestra presentaba cierta homogeneidad respecto a edad y ocupación, pues todos eran estudiantes universitarios (Han et al., 2016).

La validez concurrente entre la SIDAS y los dos primeros ítems de la C-SSRS se demostró al encontrarse altamente correlacionados, en concordancia a lo reportado por el estudio original (van Spijker et al., 2014). Los ítems de la C-SSRS que evalúan método o planes suicidas, e intentos suicidas en los últimos tres meses igualmente presentaron correlaciones significativas, aunque de menor magnitud, lo cual podría deberse a que estos últimos reactivos son elementos de un factor diferente al de ideación suicida (Baertschi et al., 2018; Oquendo & Baca-García, 2014).

Es de notarse que solo un participante reportó preparativos suicidas en el último mes, por ende, no se pudo establecer alguna correlación significativa a este respecto, y hace evidente el pequeño tamaño de muestra para hacer otro tipo de inferencias más allá de las señaladas inicialmente en los objetivos.

La escala SIDAS discriminó de forma aceptable el riesgo en el que la ideación suicida conllevaría a planes e intento suicidas, donde el punto de corte de 1 en este estudio, presentó sensibilidad de 73.3 % y 70 % y especificidad de 70.5 % y 69.1 %, respectivamente. Con similitud a lo reportado en la muestra original australiana, que tuvo un punto de corte de 1 con sensibilidad de 85.5% para planes suicidas y 80.4 % para intentos suicidas (con 67.1 % y 63.6 % de especificidad, respectivamente).

En el análisis factorial confirmatorio se evidenciaron medidas de bondad de ajuste fuera de los parámetros esperados, lo cual fue indicativo de la insuficiencia del modelo propuesto con cinco atributos de ideación suicida descritos en la escala SIDAS, para expresar la amplia variabilidad de este extremo del fenómeno suicida, al menos en nuestra muestra (Batista-Foguet, Coenders & Alonso, 2004).

Dentro de las limitantes de este estudio, destacaron la heterogeneidad de los participantes como se constató en las características sociodemográficas y clínicas, lo que se pudo asociar al irregular y poco equitativo acceso y uso de medios electrónicos en la población mexicana, aunado al tamaño de la muestra pequeño comparado con el estudio original australiano. El método de reclutamiento pudo ser otro factor que influyera en la heterogeneidad reportada, ya que no podemos considerar la muestra como representativa de toda la población adulta mexicana.

Como fortaleza destacable se cumplió con el tamaño mínimo de la muestra y a diferencia del estudio original (van Spijker et al., 2014) y de una validación al idioma chino mandarín (Han et al., 2016), se realizó un análisis factorial confirmatorio, mismo que aportó evidencia acerca de la necesidad de optimizar la SIDAS para una mejor comprensión del objeto de estudio, que fueron propiamente los atributos de la ideación suicida. Otro aspecto a considerar es la validación concurrente con la C-SSRS, un instrumento de amplio uso en medio clínico y de investigación, con versiones de tamizaje autoaplicadas y múltiples validaciones en diferentes idiomas (Al-Halabí et al., 2016; Posner et al., 2011). A conocimiento de los autores, es la primera validación de esta escala de atributos de la ideación suicida en población hispanohablante, lo que aproxima una herramienta potencialmente útil para el estudio de este fenómeno en medios electrónicos, ya que fue diseñada específicamente para estos.

El rol de los medios electrónicos en la investigación e implementación de estrategias para reducir la tasa de suicidios incidiendo en el *continuum* que representa el fenómeno suicida, es de vital importancia ante un panorama dinámico y digitalizado (Roberts et al., 2019).

Con lo aquí planteado, sería necesario en investigaciones futuras la consideración de otras características de la ideación suicida que nos permitieran adicionarlas a esta clinimetría y así evaluarla como un modelo de mejor ajuste. La perspectiva integradora podría incluir la elaboración de ítems específicos para método, planeación o preparativos suicidas, además de la importancia de conocer las características de la ideación suicida, al menos en diferentes grupos poblacionales para realizar una predicción precisa de los individuos con riesgo incrementado de llevar a cabo intentos suicidas, mismos que generan implicaciones negativas para la salud individual y comunitaria, con el consecuente uso de recursos sanitarios y el costo asociado (OMS, 2014b); además de su relación con la manifestación más grave del fenómeno suicida, el suicidio consumado.

Sugerencias para la investigación futura con estudios de seguimiento, mejoramiento de las prácticas clínicas actuales mediante evidencia empírica, con especial énfasis en la integración de estas prácticas en el primer nivel de atención y la expansión de la investigación traslacional, todo frente al desafío que implican los factores pre y post pandémicos (Gordon, et al., 2020; Moutier, 2021; Rogers et al., 2021).

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

- Abramson, L. Y., Alloy, L. B., Hogan, M. E., Whitehouse, W. G., Gibb, B., Hankin, B. L., & Cornette, M. M. (2000). The Hopelessness Theory of Suicidality. En T. E. Joiner & M. D. Rudd (Eds.). *Suicide Science: expanding boundaries* (pp. 17-32). Boston: Kluwer Academics Publishing.
- Al-Halabí, S., Sáiz, P. A., Burón, P., Garrido, M., Benabarre, A., Jiménez, E., ... Bobes, J. (2016). Validación de la versión en español de la Columbia-Suicide Severity Rating Scale (Escala Columbia para Evaluar el Riesgo de Suicidio). *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 9(3), 134-142.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders* (5th ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
- Armor, D. J. (1973). Theta reliability and factor scaling. *Sociological Methodology*, 5, 17-50.
- Asociación de Academias de la Lengua Española & Real Academia Española (2014). *Diccionario de la lengua española* (23a ed.). Madrid, España: Asociación de Academias de la Lengua Española.
- Ayano, G., Tsegay, L., Abraha, M., & Yohannes, K. (2019). Suicidal Ideation and Attempt among Homeless People: a Systematic Review and Meta-Analysis. *The Psychiatric quarterly*, 90(4), 829-842.
- Baertschi, M., Costanza, A., Canuto, A., & Weber, K. (2018). The dimensionality of suicidal ideation and its clinical implications. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, e1755.
- Barzilay, R., Moore, T. M., Calkins, M. E., Maliackel, L., Jones, J. D., Boyd, R. C., ... Gur, R. E. (2021). Deconstructing the role of the exposome in youth suicidal ideation: Trauma, neighborhood environment, developmental and gender effects. *Neurobiology of stress*, 14, 100314.
- Batista-Foguet, J. M., Coenders, G., & Alonso, J. (2004). Análisis factorial confirmatorio. Su utilidad en la validación de cuestionarios relacionados con la salud. *Medicina Clínica (Barcelona)*, 122(1), 21-27.
- Beck, A. T., Weissman, A., Lester, D., & Trexler, L. (1974). The measurement of pessimism: The Hopelessness Scale. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 42(6), 861–865.
- Beck, A. T., Kovacs, M., & Weissman, A. (1979). Assessment of suicidal intention: The Scale for Suicide Ideation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 47, 343–352.
- Beck, A. T., Brown, G., Berchick, R. J., Stewart, B. L., & Steer, R. A. (1990). Relationship between hopelessness and ultimate suicide: a replication with psychiatric outpatients. *The American Journal of Psychiatry*, 147(2), 190–195.
- Beck, A. T., Brown, G. K., & Steer, R. (1997). Psychometric characteristics of the scale for suicide ideation with psychiatric outpatients. *Behavioral Research Therapy*, 35(11), 1039-1046.
- Bertolote, J. M., Fleischmann, A., De Leo, D., & Wasserman, D. (2004). Psychiatric diagnoses and suicide: revisiting the evidence. *Crisis*, 25(4), 147–155.

- Borges, G., Benjet, C., Medina-Mora, M. E., Orozco, R., & Nock, M. (2008). Suicide ideation, plan, and attempt in the Mexican adolescent mental health survey. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 47(1), 41–52.
- Borges, G., Orozco, R., Villatoro, J., Medina-Mora, M. E., Fleiz, C., & Díaz-Salazar, J. (2019). Suicide ideation and behavior in México: ENCODAT 2016. *Salud Publica de México*, 61 (1), 6-15.
- Brent, D. A., Bridge, J., Johnson, B. A., & Connolly, J. (1996). Suicidal behavior runs in families. A controlled family study of adolescent suicide victims. *Archives of General Psychiatry*, 53, 1145-1152.
- Celano, C. M., Beale, E. E., Mastromauro, C. A., Stewart, J. G., Millstein, R. A., Auerbach, R. P., ... Huffman, J. C. (2016). Psychological interventions to reduce suicidality in high-risk patients with major depression: a randomized controlled trial. *Psychological Medicine*, 47(05), 810–821.
- Choo, C., Diederich, J., Song, I., & Ho, R. (2014). Cluster analysis reveals risk factors for repeated suicide attempts in a multi-ethnic Asian population. *Asian Journal of Psychiatry*, 8, 38-42.
- Columbia Lighthouse Project/Center for Suicide Risk Assessment. (2019). *The Columbia Suicide Severity Rating Scale (C-SSRS): Supporting Evidence*. Recuperado de <http://cssrs.columbia.edu/>
- Comisión Nacional contra las Adicciones. (2017). *Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco 2016-2017*. Recuperado de <https://encuestas.insp.mx/ena/encodat2017.php>
- DeCou, C. R., Comtois, K. A., & Landes, S. J. (2019). Dialectical Behavior Therapy Is Effective for the Treatment of Suicidal Behavior: A Meta-Analysis. *Behavior Therapy*, 50(1), 60-72.
- Desseilles, M., Perroud, N., Guillaume, S., Jaussent, I., Genty, C., Malafosse, A., & Courtet, P. (2012). Is it valid to measure suicidal ideation by depression rating scales? *Journal of Affective Disorders*, 136(3), 398-404.
- de la Peña, F. R., Bernal-Santamaría, N., & Villalobos-Montero, J. N. (2019). Priorities in psychiatry for the next decade: Challenges for research. *Salud Mental*, 42(6), 259-260.
- Devantoy, R. S., Berlim, M. T., & Jollant, F. (2013). A meta-analysis of neuropsychological markers of vulnerability to suicidal behavior in mood disorders. *Psychological Medicine*, 44(08), 1663-1673.
- Esponda, G. M., Hartman, S., Qureshi, O., Sadler, E., Cohen, A., & Kakuma, R. (2020). Barriers and facilitators of mental health programmes in primary care in low-income and middle-income countries. *Lancet Psychiatry*, 7(1), 78–92.
- Fazel, S., & Runeson, B. (2020). Suicide. *The New England Journal of Medicine*, 382(3), 266–274.
- Feinstein A. R. (1988). Scientific standards in epidemiologic studies of the menace of daily life. *Science (New York, N.Y.)*, 242(4883), 1257-1263.
- Fisher, L. B., & Overholser, J. C. (2013). Refining the assessment of hopelessness: an improved way to look to the future. *Death studies*, 37(3), 212–227.
- Fu, Q., Heath, A. C., Bucholz, K. K., Nelson, E. C., Glowinski, A. L., Goldberg, J., ... Eisen, S. A. (2002). A twin study of genetic and environmental influences on suicidality in men. *Psychological medicine*, 32(1), 11–24.

- Galfalvy, H., Zalsman, G., Huang, Y. Y., Murphy, L., Rosoklija, G., Dwork, A. J., ... Mann, J. J. (2013). A pilot genome wide association and gene expression array study of suicide with and without major depression. *The World Journal of Biological Psychiatry: the official journal of the World Federation of Societies of Biological Psychiatry*, 14(8), 574-582.
- Giddens, J. M., Sheehan, K. H., & Sheehan, D. V. (2014). The Columbia-Suicide Severity Rating Scale (C-SSRS): Has the "Gold Standard" Become a Liability? *Innovations in clinical neuroscience*, 11(9-10), 66-80.
- Green, S. B. (1991). How many subjects does it take to do a regression analysis? *Multivariate Behavioral Research*, 26(3), 499-510. DOI: 10.1207/s15327906mbr2603_7
- Goldsmith, S. K., Pellmar, T. C., Kleinman, A. M., & Bunney, W. E. (2002). *Reducing Suicide: A National Imperative*. Washington, DC: National Academies Press. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK220939/>
- Gómez, E., & Kotliarenco, M. A. (2010). Resiliencia familiar: un enfoque de investigación e intervención con familias multiproblemáticas. *Revista de Psicología*, 19(2), 103-131.
- González-Macip, S., Díaz-Martínez, A., Ortiz-León, S., González-Forteza, C., & González-Núñez, J. J. (2000). Características psicométricas de la Escala de Ideación Suicida de Beck (ISB) en estudiantes universitarios de la ciudad de México. *Salud Mental*, 3(2), 21-30.
- Gordon, J. A, Avenevoli, S., & Pearson, J. L. (2020). Suicide Prevention Research Priorities in Health Care. *JAMA Psychiatry*, 77(9),885-886.
- Han, J., Batterham, P. J., Cleave, A. L., Wu, Y., Shou, Y., & van Spijker, B. A. (2017). Translation and validation of the Chinese versions of the Suicidal Ideation Attributes Scale, Stigma of Suicide Scale, and Literacy of Suicide Scale. *Death studies*, 41(3), 173–179.
- Hill, N., Robinson, J., Pirkis, J., Andriessen, K., Kryszynska, K., Payne, A., Boland, A., ... Lampit, A. (2020). Association of suicidal behavior with exposure to suicide and suicide attempt: A systematic review and multilevel meta-analysis. *PLoS Medicine*, 17(3), e1003074.
- IBM Corp. Released. (2012). *IBM SPSS Statistics for Windows* (Version 21.0). [Software]. Armonk, NY: IBM Corp.
- IBM Corp. Released. (2012). *IBM SPSS AMOS* (Version 26). [Software]. Armonk, NY: IBM Corp.
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2018). *Estadísticas a propósito del Día Mundial para la prevención del suicidio (datos nacionales)*. Recuperado de https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/aproposito/2018/suicidios2018_Nal.pdf
- Kirtley, O. J., Melson, A. J., O'Connor, R. C. (2018). Future-Oriented Constructs and Their Role in Suicidal Ideation and Enactment. En J. Hirsch, E. Chang, J. Kelliher Rabon (Eds). *A Positive Psychological Approach to Suicide* (pp. 17-36). Switzerland: Advances in Mental Health and Addiction. Springer.
- Klonsky, E. D., & May, A. M. (2015). The Three-Step Theory (3ST): A New Theory of Suicide Rooted in the "Ideation-to-Action" Framework. *International Journal of Cognitive Therapy*, 8, 114-129.

- Klonsky, E. D., May, A. M., & Saffer, B. Y. (2016). Suicide, Suicide Attempts, and Suicidal Ideation. *Annual review of clinical psychology*, 12, 307–330.
- Kotrbová, K., Dóci, I., Hamplová, L., Dvořák, V., Selingerová, Š., Růžičková, V., & Chmelařová, Š. (2017). Factors Influencing Suicidal Tendencies of Patients with Diagnosis of Attempted Suicide in Medical History and Potential Prevention of Relapse Prevention. *Central European Journal of Public Health*, 25(4), 271–276.
- Ludwig, B., König, D., Kapusta, N. D., Blüml, V., Dorffner, G., & Vyssoki, B. (2019). Clustering suicides: A data-driven, exploratory machine learning approach. *European Psychiatry*, 62, 15-19.
- Mann, J. J., Apter, A., Bertolote, J., Beautrais, A., Currier, D., Haas, A., Hegerl, U., ... Hendin, H. (2005). Suicide prevention strategies: a systematic review. *JAMA*, 294(16), 2064–2074.
- Moutier, C. (2021). Suicide Prevention in the COVID-19 Era: Transforming threat into opportunity. *JAMA Psychiatry*, 78(4), 433-438.
- Naghavi, M., & Global Burden of Disease Self-Harm Collaborators. (2019). Global, regional, and national burden of suicide mortality 1990 to 2016: systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. *BMJ (Clinical research ed.)*, 364, 194.
- Nigussie, K., Tesfaye, B., Lemma, A., & Kerebih, H. (2021). Magnitude and associated factors of suicidal ideation and attempt among people with epilepsy attending outpatient treatment at primary public hospitals in northwest Ethiopia: a multicentre cross-sectional study. *BMJ open*, 11(1), e043227.
- Organización Mundial de la Salud. (1968). *Prevention of suicide*. Recuperado de http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/37821/WHO_PHP_35.pdf?sequence=1&isAllowed=y&ua=1
- Organización Mundial de la Salud. (2008). *MhGAP Programa de Acción para Superar las Brechas en Salud Mental: Mejora y ampliación de la atención de los trastornos mentales, neurológicos y por abuso de sustancias*. Recuperado de https://www.who.int/mental_health/publications/9789242596205/es/
- Organización Mundial de la Salud. (2012). *Prevención del suicidio (SUPRE)*. Recuperado de https://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/suicideprevent/es/
- Organización Mundial de la Salud. (2016). *Media Centre. Depression. Fact Sheet Review*. Recuperado de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/en/>
- Organización Mundial de la Salud. (2014a). *Preventing suicide, a global imperative*. Recuperado de https://www.who.int/mental_health/suicide-prevention/
- Organización Mundial de la Salud. (2014b). *Mental health-Suicide prevention*. Recuperado de http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/suicideprevent/en/
- Organización Mundial de la Salud. (2018a). *National suicide prevention strategies: progress, examples and indicators*. Recuperado de <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/279765/9789241515016-eng.pdf?ua=1>
- Organización Mundial de la Salud. (2018b). *Global reference list of 100 core health indicators (plus health-related SDGs)*. Recuperado de <https://www.who.int/healthinfo/indicators/2018/en/>

Organización Mundial de la Salud. (2020). *Estadísticas sanitarias mundiales*. Recuperado de <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/338072/9789240011953spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y%22>

Orri, M., Scardera, S., Perret, L. C., Bolanis, D., Temcheff, C., Séguin, J. R., Boivin, M., ... Geoffroy, M. C. (2020). Mental Health Problems and Risk of Suicidal Ideation and Attempts in Adolescents. *Pediatrics*, *146*(1), e20193823.

Osborne, J. W. (2014). *Best Practices in Exploratory Factor Analysis*. Scotts Valley, CA: CreateSpace Independent Publishing.

Oquendo, M. A., & Baca-García, E. (2014). Suicidal behavior disorder as a diagnostic entity in the DSM-5 classification system: advantages outweigh limitations. *World Psychiatry*, *13*(2), 128-130.

O'Connor, R., & Nock, M. K. (2014). The psychology of suicidal behavior. *Lancet Psychiatry*, *1*, 73-85.

O'Connor, R. C., & Kirtley, O. J. (2018). The integrated motivational-volitional model of suicidal behaviour. *Philosophical transactions of the Royal Society of London. Series B, Biological sciences*, *373*(1754), 20170268.

Piscopo, K. D. (2017). *Suicidality and Death by Suicide Among Middle-aged Adults in the United States. The CBHSQ Report: September 27, 2017. Center for Behavioral Health Statistics and Quality*. Rockville, MD: Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA). Recuperado de <https://www.samhsa.gov/data/report/suicidality-and-death-suicide-among-middle-aged-adults-united-states>

Posner, K., Oquendo, M. A., Gould, M., Stanley, B., & Davies, M. (2007). Columbia Classification Algorithm of Suicide Assessment (C-CASA): classification of suicidal events in the FDA's pediatric suicidal risk analysis of antidepressants. *The American Journal of Psychiatry*, *164*(7), 1035-1043.

Posner, K., Brown, G. K., Stanley, B., Brent, D. A., Yershova, K. V., Oquendo, M. A., ... Mann, J. J. (2011). The Columbia-Suicide Severity Rating Scale: initial validity and internal consistency findings from three multisite studies with adolescents and adults. *The American Journal of Psychiatry*, *168*(12), 1266-1277.

Roberts, L. W., Berk, M. S., & Lane-McKinley, K. (2019). Ethical Considerations in Research on Suicide Prediction. *JAMA Psychiatry*, *76*(9), 883-884.

Robins, E., & Guze, S. B. (1970). Establishment of diagnostic validity in psychiatric illness: its application to schizophrenia. *The American Journal of Psychiatry*, *126*(7), 983-987.

Rogers, J. P., Chesney, E., Oliver, D., Begum, N., Saini, A., Wang, S., McGuire, P., ... David, A. S. (2021). Suicide, self-harm and thoughts of suicide or self-harm in infectious disease epidemics: a systematic review and meta-analysis. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, *30*, e32.

Rogers, M. L., Chu, C., & Joiner, T. (2019). The necessity, validity, and clinical utility of a new diagnostic entity: Acute suicidal affective disturbance. *Journal of Clinical Psychology*, *75*(6), 999-1010.

- Runeson, B., Odeberg, J., Pettersson, A., Edbom, T., Jildevik Adamsson, I., & Waern, M. (2017). Instruments for the assessment of suicide risk: A systematic review evaluating the certainty of the evidence. *PloS One*, *12*(7), e0180292.
- Sánchez, R., & Echeverry, J. (2004). Validación de Escalas de medición en Salud. *Revista Salud Pública*, *6*(3), 302-318.
- Schosser, A., Butler, A. W., Ising, M., Perroud, N., Uher, R., Ng, M. Y., ... Lewis, C. M. (2011). Genomewide Association Scan of Suicidal Thoughts and Behaviour in Major Depression. *PLoS ONE*, *6*(7), e20690.
- Shepard, D. S., Gurewich, D., Lwin, A. K., Reed, G. A., Jr, & Silverman, M. M. (2016). Suicide and Suicidal Attempts in the United States: Costs and Policy Implications. *Suicide & life-threatening behavior*, *46*(3), 352–362.
- Skinner, R., & McFaull, S. (2012). Suicide among children and adolescents in Canada: trends and sex differences, 1980-2008. *Canadian Medical Association Journal*, *184*(9), 1029–1034.
- Sokero, T. P., Melartin, T. K., Rytälä, H. J., Leskelä, U. S., Lestelä-Mielonen, P. S., & Isometsä, E. T. (2003). Suicidal ideation and attempts among psychiatric patients with major depressive disorder. *The Journal of Clinical Psychiatry*, *64*(9), 1094-1100.
- Soron T. R. (2019). Future strategies to combat the hidden burden of suicide among farmers in South East Asia. *Asian Journal of Psychiatry*, *42*, 18.
- Steer R.A., Rissmiller D.J., Ranieri W.F., Beck A.T. (1993). Dimensions of suicidal ideation in psychiatric inpatients. *Behavioral Research Therapy*, *31*, 229-236.
- Stokes, M. L., McCoy, K. P., Abram, K. M., Byck, G. R., & Teplin, L. A. (2015). Suicidal Ideation and Behavior in Youth in the Juvenile Justice System: A Review of the Literature. *Journal of correctional health care: the official journal of the National Commission on Correctional Health Care*, *21*(3), 222–242.
- Turecki, G., Ernst, C., Jollant, F., Labonté, B., & Mechawar, N. (2012). The neurodevelopmental origins of suicidal behavior. *Trends in Neurosciences*, *35*(1), 14–23.
- Turecki, G. (2014). The molecular bases of the suicidal brain. *Nature Reviews Neuroscience*, *15*, 802-816.
- Turecki, G., & Brent, D. A. (2016). Suicide and suicidal behavior. *Lancet*, *387*, 1227–1239
- van Heeringen, K., & Mann, J. J. (2014). The neurobiology of suicide. *Lancet Psychiatry*, *1*, 63–72
- van Hooff, A. J. L. (1990). *From autothanasia to suicide: self-killing in Classical Antiquity*. London, UK: Routledge Taylor & Francis.
- van Orden, K. A., Witte, T. K., Cukrowicz, K. C., Braithwaite, S. R., Selby, E. A., & Joiner, T. E., Jr. (2010). The interpersonal theory of suicide. *Psychological review*, *117*(2), 575–600.
- van Spijker, B. A. J., Majo, C. M., Smit, F., van Straten, A., & Kerkhof, A. J. F. M. (2012). Reducing suicidal ideation: Cost-effectiveness analysis of a randomized controlled trial of unguided web-based self-help. *Journal of Medical Internet Research*, *14*(5), e141.

van Spijker, B. A. J., Batterham, P. J., Calear, A. L., Farrer, L., Christensen, H., Reynolds, J., & Kerkhof, A. J. F. M. (2014). The suicidal ideation attributes scale (SIDAS): Community-based validation study of a new scale for the measurement of suicidal ideation. *Suicide and Life-Threatening Behavior, 44*(4), 408–419.

Voros, V., Tenyi, T., Nagy, A., Fekete, S., & Osvath, P. (2021). Crisis Concept Re-loaded? The Recently Described Suicide-Specific Syndromes May Help to Better Understand Suicidal Behavior and Assess Imminent Suicide Risk More Effectively. *Frontiers in Psychiatry, 12*, 598923.

Yang, B., & Lester, D. (2007). Recalculating the economic cost of suicide. *Death studies, 31*(4), 351–361.

Zalsman, G., Hawton, K., Wasserman, D., van Heeringen, K., Arensman, E., Sarchiapone, M., Carli, V., ... Zohar, J. (2016). Suicide prevention strategies revisited: 10-year systematic review. *Lancet Psychiatry, 3*(7), 646–659.

BIBLIOGRAFÍA.

Caracal, A., Centeno, C., Watson, R., Martínez, M., & Sanz-Rubiales, A. (2011). ¿Cómo validar un instrumento de medida de la salud? *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 34(1), 63-73.

Cleophas, T. J., & Zwinderman, A. H. (2016). *SPSS for Starters and 2nd Levelers* (2a ed.). Switzerland: Springer.

Hernández-Sampieri, R., Fernández. C., Baptista, M. L. (2014). *Metodología de la investigación*. Sexta edición. México, D.F: McGraw Hill Education.

González-López-Valcárcel, B. (2013). *Análisis multivariante: aplicación en el ámbito sanitario*. España: SG Editores.

Morales-Vallejo, P. (2006). *Medición de actitudes en Psicología y Educación*. (3ª ed.) Madrid, España: Universidad Pontificia Comillas.

Pérez-López, C. (2004). *Técnicas de Análisis Multivariante de Datos: Aplicaciones con SPSS®*. Madrid, España: Pearson Educación.

ANEXOS.

Anexo A. *Escala de atributos de la ideación suicida (SIDAS).*

Escala de Atributos de la Ideación Suicida

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	Nunca										Siempre
1) En el último mes, ¿qué tan seguido has tenido pensamientos suicidas?											
	0 Sin control	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10 Controlados completamente
2) En el último mes, ¿qué tan seguido has podido controlar estos pensamientos?											
	0 Nada cerca	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10 Hice un intento
3) En el último mes, ¿qué tan cerca has estado de hacer un intento suicida?											
	0 Nada mal	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10 Extremadamente mal
4) En el último mes, ¿qué tan mal te has sentido por los pensamientos suicidas?											
	0 Para nada	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10 Extremadamente
5) En el último mes, ¿cuánto han interferido los pensamientos suicidas con tu habilidad para llevar a cabo tus actividades de la vida diaria, como el trabajo, quehaceres domésticos o actividades sociales?											

Anexo B. Escala de gravedad suicida de Columbia versión exploratoria (C-SSRS)

EN EL MES PASADO...	Si	No
1) ¿Has deseado estar muerto (a) o poder dormirte y no despertar?		
2) ¿Has tenido realmente la idea de suicidarte?		
3) ¿Has pensado en cómo llevarías esto a cabo? Esto incluye “He tenido la idea de tomar una sobredosis, pero nunca hice un plan específico sobre el momento, lugar o cómo lo haría realmente...y nunca lo haría”.		
4) ¿Has tenido estas ideas y en cierto grado la intención de llevarlas a cabo? A diferencia de “Tengo pensamientos, pero definitivamente no haré nada al respecto”		
5) ¿Has comenzado a elaborar o has elaborado los detalles sobre cómo suicidarte? ¿Tienes intenciones de llevar a cabo este plan?		
6) ¿Alguna vez has hecho algo, comenzado a hacer algo o te has preparado para hacer algo para terminar con tu vida? Ejemplos: coleccionar medicamentos, obtener un arma, regalar cosas de valor, escribir un testamento o carta de suicidio, has sacado tabletas de su frasco pero no las has tragado, agarrado un arma pero te has detenido, has subido al techo pero no has saltado, tratar de colgarte.		
¿Fue en los últimos 3 meses?		

Anexo C. *Cédula de datos clínico-epidemiológicos.*

<i>Cédula de datos clínico-epidemiológicos</i>	
Edad:	_____ años
Género:	Masculino <input type="radio"/> Femenino <input type="radio"/> No binario <input type="radio"/>
Estado civil:	Soltero <input type="radio"/> Casado <input type="radio"/> Unión libre <input type="radio"/> Divorciado <input type="radio"/> viudo <input type="radio"/>
Ocupación:	Trabajo remunerado Ocupación no remunerada (estudiante, ama de casa, ayuda en negocio familiar) No trabaja, pero es remunerado (jubilado) No trabaja ni es remunerado
¿Cuál es tu grado máximo de estudios?	a) Primaria b) Secundaria c) Preparatoria, bachillerato, vocacional o carrera técnica d) Licenciatura e) Maestría o doctorado
¿Alguna vez has hecho algo con la intención de acabar con tu vida? En caso de que no, selecciona Cero. Si has tenido intentos suicidas, especificar el número.	<input type="radio"/> Cero <input type="radio"/> Uno <input type="radio"/> Dos <input type="radio"/> Tres <input type="radio"/> Cuatro <input type="radio"/> Cinco <input type="radio"/> Seis <input type="radio"/> Siete <input type="radio"/> Más de siete. Especificar: ____
¿Algún médico y/o psicólogo te ha dado un diagnóstico psiquiátrico como depresión, trastorno bipolar, esquizofrenia, trastorno de personalidad?	<input type="radio"/> Sí. ¿Cuál? _____ <input type="radio"/> No.

Anexo D. *Aprobación por el Comité de Ética en Investigación INPRFM.*

  **COMITÉ DE ÉTICA EN INVESTIGACIÓN**
FORMATO DE INICIO
PROYECTO DE INVESTIGACIÓN EN SERES HUMANOS

Elaborado por el CEI 01/2020

COMITÉ DE ÉTICA EN INVESTIGACIÓN
APROBADO

DICTAMEN

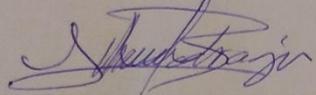
Aprobado (Cumple con los requisitos establecidos)

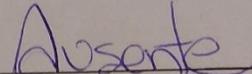
Pendiente de aprobación (Requiere modificaciones mayores y deberá ser evaluado por el CEI, en pleno, cuando se realicen dichas modificaciones)

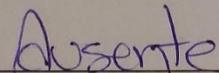
No Aprobado (Protocolo rechazado por razones éticas que ameritan una reestructuración mayor.)

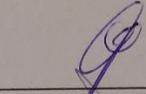
Observaciones: _____

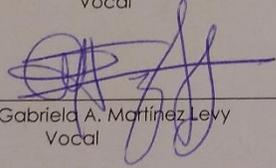
NOMBRES Y FIRMAS DE LOS MIEMBROS DEL COMITÉ DE ÉTICA EN INVESTIGACIÓN DEL INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRÍA RAMÓN DE LA FUENTE MUÑIZ

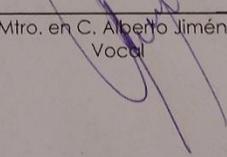

Dra. Liliana Mondragón Barrios
Presidente

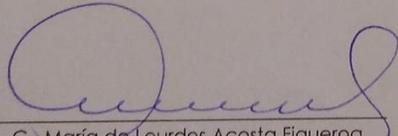

Dra. Rosa Estrada Reyes
Secretario Vocal


Dr. Ilyamin Merlín García
Vocal


Dra. Yvonne G. Flores Medina
Vocal


Dra. Gabriela A. Martínez Levy
Vocal


Mtro. en C. Alberto Jiménez Tapia
Vocal


C. María de Lourdes Acosta Figueroa
Representante del núcleo afectado o los usuarios de los servicios de salud.

Fecha de evaluación: 17 febrero 2020

COMITÉ DE ÉTICA EN INVESTIGACIÓN
APROBADO

18



CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Esta es una invitación para participar en el estudio de investigación titulado “**Validación de la versión en español de la Suicidal Ideation Attributes Scale (SIDAS) (Escala de Atributos de la Ideación Suicida)**”.

A continuación, se brinda información sobre la misma, que ayude a decidir si participar o no.

Existen pocas formas de identificar y clasificar cuando una persona está en riesgo de atentar contra su vida, sobre todo en población general que tiene dificultades para acceder a **atención en salud mental (por ejemplo, a una consulta psicológica o psiquiátrica)**. Entendiendo la importancia de este aspecto, **la razón** de este estudio es desarrollar **un cuestionario**, como herramienta que nos permita identificar cuando se presenta este riesgo, específicamente en la población mexicana.

La participación consistiría en llenar tres cuestionarios, el primero es de datos generales (edad, sexo, estado civil, escolaridad, si ha tenido algún padecimiento o síntoma emocional o mental), y los otros dos cuestionarios sobre aspectos relacionados con el suicidio; esto se realizaría por vía electrónica, lo que tomaría aproximadamente cuatro a cinco minutos en total. No se preguntará ningún dato personal con el que se pudiera identificar a una persona en particular. Es importante señalar que **no** es indispensable haber tenido estos pensamientos o conductas, para poder participar. Es posible omitir cualquier respuesta durante la evaluación, así como suspender la misma en cualquier momento, para lo cual solo se tendría que cerrar la página web.

La participación en el estudio sería totalmente voluntaria y en caso de rechazarla no se tendría repercusión alguna. Además, la participación no implica un costo, **es anónima y se recabarán únicamente los datos generales antes mencionados, solo correo electrónico en caso de que solicites copia de esta carta.**

De forma indirecta, la participación en esta investigación contribuirá al conocimiento científico del suicidio en población mexicana.

Durante la aplicación de los cuestionarios es posible que se experimente cierto malestar emocional o ansiedad. Ya que no pretendemos establecer un contacto directo con los participantes, **al final de la evaluación se proporcionará información de instituciones en donde se puede solicitar atención en salud mental, lo que posiblemente implique un costo financiero que deberá ser cubierto por el propio solicitante de dicha atención.**

Toda la información recabada será registrada en una base de datos automática, que será únicamente para acceso de los investigadores, quienes se han comprometido a eliminar todos los datos en un plazo máximo de dos años a partir del inicio de la investigación. Ya que no se obtendrá ningún dato de identificación personal, es imposible que se conozca sobre estos a través de los reportes o publicaciones de esta investigación.

En caso de tener alguna duda sobre la información brindada o sobre el propio estudio, puede contactarse de forma anónima al investigador principal por las siguientes vías:

- Telefónica 5541605284, lunes a jueves de 8 a 17 horas.
- Correo electrónico jordan.9210@hotmail.com.

Después de haber entendido de forma clara y completa en qué consiste este estudio y la participación, y habiendo despejado cualquier duda, entendiéndome mi derecho a suspender en cualquier momento la participación en el mismo, otorgo **consentimiento**. Estoy enterado de la posibilidad de recibir una copia de este documento, al solicitársela al investigador principal vía los datos de contacto.

Acepto participar:
NO O

SI O

Nombre y firma del investigador principal:



Dr. Jordan Neftali Villalobos Montero.

Datos de contacto: Tel. 5541605284, lunes a jueves de 8 a 17 horas. Correo electrónico: jordan.9210@hotmail.com. Instituto Nacional de Psiquiatría "Ramón de la Fuente Muñiz". Calzada México-Xochimilco 101, Col. San Lorenzo Huipulco. Alcaldía Tlalpan, Ciudad de México. C.P. 14370.