



UNIVERSIDAD MICHOACANA DE SAN NICOLÁS DE
HIDALGO

**Adaptación, validación y sensibilidad de
las escalas de la teoría psicológica
interpersonal del suicidio**

TESIS PRESENTADA POR

Víctor Hugo Trejo Cruz

COMITÉ TUTORAL

Fabiola Gonzalez Betanzos (Tutora)

Doctora en Psicología

A. Edith Hermosillo de la Torre (Co-tutor)

Doctora en Psicología

Maria Elena Rivera Heredia

Doctora en Psicología

Ferrán Padrós Vlázquez

Doctor en Psicología

Blanca Edith Pintor Sanchez

Maestra en Psicología



MORELIA, MICH., ENERO DE 2018

ADAPTACIÓN Y VALIDACIÓN DE LAS ESCALAS DE LA TEORÍA PSICOLÓGICA INTERPERSONAL DEL SUICIDIO

Nota de Autor.

Dedicatoria.

A mi esposa Carolina, por su amor incondicional para lograr esta meta.

A mis hijos, fuente inagotable de motivación.

A María Elena Rojas Rodríguez, por su bondadoso apoyo.

A los muertos por suicidio: estigmatizados, juzgados, pero poco comprendidos.

Agradecimientos.

A Jehová, el único dios verdadero. Salmo 83:18.

A Fabiola, por su guía en este desconocido camino.

A Edith, por su hospitalidad y apoyo.

A María Elena y Ferrán, por sus valiosos consejos para mejorar.

Al Conacyt, por la beca para dedicarme a esta tesis.

Índice

Introducción.....	1
Capítulo 1. Conceptos básicos y prevalencia del comportamiento suicida	3
1.1 Conceptos básicos	3
1.2 Prevalencia del comportamiento suicida	4
Capítulo 2. Factores asociados a la conducta suicida	8
2.1. Modelo motivacional-volitivo integrado del comportamiento suicida	8
2.2. Factores asociados a la conducta suicida	9
2.3 Teorías psicológicas cognitivas.	14
Perspectivas contemporáneas.	14
Componentes principales de la Terapia Dialéctica Conductual	15
Meta análisis y estudios con Terapia Dialéctica Conductual	16
Capítulo 3. La Teoría Psicológica Interpersonal del Suicidio (Joiner, 2005)	18
3.1. Conceptos básicos.....	18
La Necesidad de Pertenencia no Lograda (<i>Thwarted Belongingness</i>)	20
Percepción de ser una carga para otros (<i>Perceived Burdensomeness</i>).	21
Capacidad Adquirida para el Suicidio (<i>Acquired Capability Suicide</i>).....	22
Elevada tolerancia al dolor físico	24
3.2 Hallazgos empíricos de la Teoría Psicológica Interpersonal del Suicidio	26
3.3. Instrumentos de evaluación de la conducta suicida basados en la TPIS	29

Cuestionario de Necesidades Interpersonales.....	29
Escala de Capacidad Adquirida para el suicidio.....	30
Escala de Eventos Causales de Dolor.	32
Capítulo 4. Planteamiento del problema	33
4.1. Justificación.....	33
Preguntas de Investigación	35
4.2. Objetivos	35
Objetivos específicos	35
4.3. Adaptación de instrumentos de evaluación	36
Capítulo 5. Estudio 1. Traducción y estudio piloto	40
5.1. Método.....	40
5.1.1. Participantes.....	40
5.1.2. Instrumentos	40
5.1.3. Procedimiento	40
5.1.4. Análisis de datos	41
5.2. Resultados	41
Varianza Explicada.....	41
Matriz factorial	41
Análisis factorial exploratorio de Escala de Capacidad Adquirida - Ausencia de miedo a morir.	44

Pruebas de Kaiser Meyer Olkin y Bartlett	44
Varianza Explicada	44
5.3. Discusión	46
Capítulo 6. Estudio 2. Evidencias de validez de constructo	48
6.1. Método	48
6.1.1. Participantes	48
6.1.2. Instrumentos	48
6.1.3. Procedimiento	49
6.1.4. Análisis de datos	50
6.2 Resultados	50
Jueces expertos	50
Jueces bilingües	53
Relación entre variables de riesgo suicida	53
Versión final de las escalas adaptadas y validadas de la Teoría Psicológica Interpersonal del Suicidio	56
Análisis factorial confirmatorio CNI	57
Análisis factorial confirmatorio ECAS	61
Índices de ajuste de modelos evaluados	61
6.3. Discusión	67
Capítulo 7. Estudio 3. Evidencias de validez de criterio: Sensibilidad al cambio	70

7.1. Método	70
7.1.1. Participantes.....	70
7.1.2. Instrumentos	70
7.1.3. Procedimiento	70
7.1.4. Análisis de datos	70
7.2. Resultados	71
7.3. Discusión	72
Limitaciones de la investigación	72
Capítulo 8. Conclusiones generales.....	73
Referencias	74

Tablas

Tabla 1. Principales factores protectores y de riesgo para ideación y conducta suicida.....	10
Tabla 2. Correlación reactivo total del CNI reportado por Silva (2013) y lo encontrado en muestra Mexicana.	43
Tabla 3. Correlación reactivo total de la ECAS reportada por (Ribeiro y otros, 2014) y lo encontrado en la muestra Mexicana.	45
Tabla 4. Ítems agregados para adaptación cultural de EECD.	51
Tabla 5. Correlaciones de variables de riesgo suicida.	54
Tabla 6. Correlación de ítems de la percepción de carga hacia otros y los intentos de suicidio...	55
Tabla 7. Test retest a un mes del CNI adaptado y validado.	56
Tabla 8. Índices de ajuste de modelos del CNI del piloteo y versión validada.	58
Tabla 9. Test retest a un mes de ECAS validada.	60
Tabla 10. Índices de ajuste de modelos de ECAS versión reducida y versión validada.	62
Tabla 11. Test retest a un mes de la EECD validada.	65
Tabla 12. Diferencias entre el pretest posttest de una intervención con adolescentes basada en TDC.	71

Figuras

Figura 1. Principales constructos de la Teoría Psicológica Interpersonal del Suicidio. Elaboración propia basada en Joiner (2005).....	19
Figura 2. Modelo del CNI que tuvo un mejor ajuste en validación indicando los pesos factoriales y la correlación que entre las dimensiones de esta escala va de .56 a .85.....	59
Figura 3. Modelo de Escala de Capacidad Adquirida que tuvo un mejor ajuste en adaptación y validación indicando los pesos factoriales y la correlación que entre las dimensiones de esta escala va de .48 a .68.	64

Apéndices

Apéndice 1. Lista de instituciones para atender el riesgo suicida.	90
Apéndice 2. Cuestionario de Necesidades Interpersonales original (Silva, 2016).....	91
Apéndice 3. Traducción del Cuestionario de Necesidades Interpersonales (Traducido por Bárbara Alaluf, 2016).	93
Apéndice 4. Versión adaptada y validada del Cuestionario de Necesidades Interpersonales.	94
Apéndice 5. Escala de Capacidad Adquirida del Suicidio – Ausencia de Miedo a morir - original (Ribeiro y otros, 2014).	95
Apéndice 6. Traducción de la Escala de Capacidad adquirida del Suicidio (Traducido por Bárbara Alaluf).	96
Apéndice 7. Versión validada de la Escala de Capacidad Adquirida del Suicidio – Ausencia de miedo a morir.	97
Apéndice 8 .Escala de Eventos Causales de Dolor original (Van Orden, Witte, Gordon, Bender, & Joiner, 2008).....	98
Apéndice 9. Traducción de la Escala de Eventos Causales de Dolor (Traducida por Morelia Gil).	100
Apéndice 10. Versión adaptada y validada de la Escala de Eventos Causales de Dolor.	104

Resumen

La Teoría Psicológica Interpersonal del Suicidio (TPIS) explica el punto crítico del paso de la ideación a la conducta suicida. A partir de ésta teoría se desarrollaron instrumentos que permiten identificar la presencia de variables proximales asociadas a la ideación y conducta suicida. El objetivo de la presente investigación es aportar evidencias de validez de tres instrumentos que se han construido bajo la TPIS a saber, el Cuestionario de Necesidades Interpersonales (CNI), la Escala de Capacidad Adquirida del Suicidio (ECAS) y la Escala de Eventos Causales de Dolor (EECD). Se usó la traducción directa, un análisis de jueces expertos, un estudio piloto, se aplicaron en una muestra de adolescentes con riesgo de suicidio que participaron en una intervención basada en la Terapia Dialéctica Conductual para evaluar la sensibilidad al cambio de los instrumentos. La confiabilidad como consistencia interna se midió mediante el alfa de Cronbach, y la estabilidad temporal mediante test-retest. Para la evidencia de validez de constructo se hicieron tanto análisis factorial exploratorio (AFE) como análisis factorial confirmatorio (AFC), para conocer si los instrumentos son sensibles al cambio se aplicó una prueba t para muestras relacionadas. Los resultados del CNI de la propuesta son la confiabilidad medida como estabilidad temporal test retest $r = 0.50$ a un mes, $p < 0.05$, consistencia interna $\alpha = 0.80$. Para la ECAS la confiabilidad medida como estabilidad temporal test retest $r = 0.24$ a un mes, $p < 0.05$, consistencia interna $\alpha = 0.67$. Para la EECD la confiabilidad medida como estabilidad temporal test retest $r = 0.50$ a un mes, $p < 0.05$, consistencia interna $\alpha = 0.84$. Las tres escalas muestran sensibilidad al cambio en una intervención basada en Terapia Dialéctica Conductual con adolescentes en riesgo suicida. Las escalas sirven para medir el riesgo suicida y hacer prevención del mismo en adolescentes con riesgo suicida.

Palabras clave: adaptación, validación, riesgo suicida, teoría interpersonal del suicidio y psicometría.

Abstract

The Interpersonal Psychological Theory of Suicide (IPTS) explains the critical point of the passage from ideation to suicidal behavior. From this theory, instruments were developed to identify the presence of proximal variables associated with suicidal ideation and behavior. The objective of the present investigation is to provide evidence of validity of three instruments that have been constructed under the IPTS, namely the Interpersonal Needs Questionnaire (INQ), the Acquired Capability Suicide Scale (ACSS) and the Painful Provocative Events Scale (PPES). Direct translation, an analysis of expert judges, and a pilot study were used in a sample of adolescents at risk of suicide who participated in an intervention based on Dialectic Behavior Therapy to assess the sensitivity to the change of instruments. Reliability as internal consistency was measured by Cronbach's alpha, and temporal stability by test-retest. For the evidence of construct validity, both exploratory factor analysis (AFE) and confirmatory factor analysis (CFA) were made, to know if the instruments are sensitive to change, a *t* test was applied for related samples. The INQ results of the proposal are the reliability measured as temporal stability test retest $r = 0.50$ at one month, $p < 0.05$, internal consistency $\alpha = 0.80$. For ACSS the reliability measured as temporal stability test retest $r = 0.24$ at one month, $p < 0.05$, internal consistency $\alpha = 0.67$. For the PPES the reliability measured as temporal stability test retest $r = 0.50$ a month, $p < 0.05$, internal consistency $\alpha = 0.84$. The three scales show sensitivity to change in an intervention based on Dialectic Behavioral Therapy with adolescents at suicidal risk. The scales are used to measure suicidal risk and to prevent it in adolescents with suicidal risk.

Introducción

La Teoría Psicológica Interpersonal del Suicidio (TPIS) es una aproximación teórica de las variables clave que intervienen del paso de la ideación al comportamiento suicida propuesta por Joiner (2005). Desde entonces se ha conformado un equipo de trabajo (Joiner, 2005; Van Orden, Lynam, Hollar, & Joiner, 2006; Bender, Gordon, & Joiner, 2007; Van Orden, Witte, Gordon, Bender, & Joiner, 2008; Joiner, 2009; Joiner y otros, 2009; Van Orden y otros, 2010; Bender, Gordon, Bresin, & Joiner, 2011; Ribeiro, y otros, 2014; Silva, Ribeiro, & Joiner, 2015; Silva, 2016). La consolidación de la TPIS ha ido de la mano con el desarrollo de diversos instrumentos que miden la ideación y conducta suicida. Su aplicación en diversos contextos y diferentes muestras, ha ido añadiendo evidencia de la factibilidad del modelo.

El Cuestionario de Necesidades Interpersonales (CNI), la Escala de Capacidad Adquirida para el Suicidio –ausencia de miedo a morir- (ECAS) y la Escala de Eventos Causales de Dolor (EECD) permiten evaluar las variables claves en el modelo. Las escalas aún no han sido adaptadas a México ni a ningún país hispanohablante por lo que se considera importante hacerlo.

De esta manera. Se pide el permiso de los autores de los instrumentos para seguir aportando evidencias de validez, se usa el método de traducción directa (forward translation) se hacen análisis de confiabilidad y validez para conocer las propiedades psicométricas en la muestra mexicana, se adaptan los ítems con un procedimiento de jueces expertos y se hace la validación final con los análisis de confiabilidad test-retest, alfa de Cronbach, Análisis Factorial Exploratorio (AFE) y Análisis Factorial Confirmatorio (AFC). La muestra es no probabilística intencional.

Por otra parte, en relación con la TPIS se realiza un estudio de correlación de Pearson entre variables asociadas al riesgo suicida como son Capacidad Adquirida para el Suicidio, Percepción de ser una carga para otros, Pertenencia no lograda; estas se relacionan con Desesperanza, Intento suicida e Impulsividad, variables ya estudiadas relacionadas al riesgo suicida.

Por último, se prueban las propiedades de sensibilidad al cambio de las escalas de la TPIS para determinar si detectan los cambios de una intervención basada en Terapia Dialéctica Conductual.

Dicho lo anterior, este trabajo tiene como meta dar a conocer la propuesta de la TPIS para abordar el tema del suicidio, misma que plantea quienes tienen la capacidad de quitarse la vida y quienes no la tienen. Al final de la lectura de esta tesis se busca que el lector interesado en el tema del suicidio conozca la propuesta de dicha teoría y de los instrumentos que se han desarrollado basados en ella, de esta manera, tendrá disponibles instrumentos de medición y evaluación del riesgo suicida que se pueden aplicar en diversos escenarios de interés.

Capítulo 1. Conceptos básicos y prevalencia del comportamiento suicida

1.1 Conceptos básicos

El suicidio se considera una de las primeras causas de muerte violenta en el mundo, sin embargo este tipo de violencia auto infligida sigue careciendo de teorías que se basen en la investigación científica sólida.

El suicidio, suele ser visto como el resultado final de un proceso compuesto por situaciones diversas. Se considera que el primer eslabón de la conducta suicida es la ideación suicida, que hace referencia a aquellos pensamientos que tiene una persona de provocar su propia muerte. Esta abarca desde pensamientos hasta planes específicos sobre cómo quitarse la vida (Simon & Hales, 2012; Leal Zavala & Vásquez Rodríguez, 2012). La ideación suicida se puede categorizar como pasiva, si la persona tiene pensamientos de morir pero no tiene preferencia por ningún método en particular, ni presenta planes concretos de cómo hacerlo, en este caso el deseo suicida no está activado pero las personas pueden verbalizar un deseo de morir (Miranda de la Torre, Cubillas Rodríguez, Román Pérez, & Abril Valdez, 2009; Cero, Zuromski, Witte, Ribeiro & Joiner, 2015; Domínguez, Pena Andreu, & Ruiz, 2017).

Cuando al deseo de morir se acompaña de planes y métodos específicos de muerte, se ha pasado a la ideación suicida activa (Domínguez, Pena Andreu, & Ruiz, 2017; Cero, Zuromski, Witte, Ribeiro & Joiner, 2015). El intento de suicidio se define como un acto no habitual, con resultado no letal, deliberadamente iniciado y realizado por el sujeto, para causarse autolesión sin la intervención de otros (OMS, 2000; Espinosa, Blum Grynberg, & Romero Mendoza, 2009; Urzúa & Caqueo, 2011). El gesto suicida, se define como una amenaza suicida tomando los medios disponibles para su realización pero sin llevarla a cabo, en esta misma línea se ha escrito sobre el intento de suicidio sin daño físico de importancia o de baja letalidad.

Otro aspecto a tomar en cuenta es el grado de letalidad, que es el atributo de algunos métodos para provocar la muerte; entre mayor probabilidad haya de conseguir la muerte se califica como intentos con mayor letalidad (Weisman & Worden, 1974; Espinosa, Blum Grynberg, & Romero Mendoza, 2009; De la Torre Brasas, 2017). En la décima revisión del CIE-10 (OMS, 2003), se

proponen como criterios operativos para el suicidio que sea un acto letal, un acto deliberado iniciado y realizado por el sujeto, esperando un resultado letal y se espera que la muerte sea un instrumento para lograr cambios deseables en la actividad consciente o el medio social. Por su parte en la CIE-11 se considera que la ideación e intento suicida son síntomas de depresión, ansiedad y trastorno de personalidad, aunque la discusión en la versión no oficial de la CIE-11 sobre el asunto no termina, se está deliberando como se clasifican tanto la ideación, intento y suicidio para la versión final del CIE-11.

Existen conductas que se ligan históricamente a la conducta suicida, pero actualmente se habla de la conducta auto lesiva, que se define como una conducta que causa daño tisular directo, se dice que estas conductas no necesariamente tienen la intención de causar la muerte y las lesiones, en general, no son tan extensas o severas como para constituir un daño letal. Incluso, tras el daño tisular ocasionado por la conducta auto lesiva repetitiva se origina la liberación de beta endorfinas que conllevan analgesia y un estado de ánimo placentero (De la Torre, 2017). Sin embargo, la conducta auto lesiva también puede considerarse como un factor predictor de la ideación e intento suicida. En conclusión, cuando se habla de conducta suicida, se hace referencia a ideación suicida, intento y suicidio.

1.2 Prevalencia del comportamiento suicida.

Los datos epidemiológicos del suicidio son preocupantes en muchas partes del mundo, incluso se considera un problema de salud pública que afecta a poblaciones tanto rurales como urbanas. De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (2000), mil personas se suicidan diariamente en el mundo. Datos del año 2017 señalan que más de 800 000 personas se suicidan cada año, lo que representa una muerte cada 40 segundos. Respecto al grupo etario que presenta mayor número de defunciones por suicidio se encuentra el de 15 a 29 años (OMS, 2017).

En un estudio Canadiense con un total de 1001 niños y 999 niñas, se encontró un 9.3% de intentos suicidas (Brezo, Joel, Barker, & Tremblay, 2007). Por otra parte una revisión sistemática donde se incluyeron 128 estudios con 513,188 adolescentes señala que 9.7% y 6.8% atentaron contra sí mismos alguna vez en la vida o en los últimos doce meses, respectivamente (Evans,

Hawton, Rodham, & Deeks, 2005). Además, en un censo norteamericano hecho en 1990 con una muestra probabilística de adolescentes señala que hubo 3.3% de intentos suicidas (Waldrop, Hanson, Resnick, Kilpatrick, & Saunders, 2007).

En la ciudad de México se aplicó el cuestionario Roberts para ideación suicida a 10,659 estudiantes. Los resultados mostraron que la prevalencia de intento suicida fue tres veces mayor en mujeres (16.5%), que en hombres (5.8%). Asimismo, se encontró que el intento suicida se presentó en mayor medida en los estudiantes adolescentes que consumen drogas (García, 2006).

Por otro lado, los datos epidemiológicos en el país muestran incrementos constantes en las tasas de suicidio e intento suicida en la población joven, en particular en la población de 15 a 19 años, ya que del año 1970 a 1990 incrementaron en un 90%. En este periodo de tiempo se registraron en el país 23,669 suicidios, lo que representa un promedio anual de 1578 muertes mostrando, defunciones diarias por esta causa. Estos promedios se duplicaron de 3 en el año 1979 a 6 en 1993 (Hijar, 1996). También, se encontró que la prevalencia de intento suicida en estudiantes de la ciudad de México durante el año 2000, fue de 9.5%, lo cual representa un incremento de dicha conducta, ya que en 1997 la prevalencia fue de 8.3% (Villatoro y otros, 2002).

En concordancia con este estudio, datos del Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática (INEGI, 2007), mostraron que de 1980 al 2005 ocurrieron 3553 suicidios, de los cuales en 2091 casos no se especificaron las causas, 2780 ocurrieron en casa habitación, el medio más empleado fue el estrangulamiento (2970 hombres y 583 mujeres). Los grupos de edad que presentaron mayor número de casos fueron aquellos que se sitúan entre los: de 15 a 24 años ($n = 948$), de 25 a 34 años ($n = 860$) de 45 y más ($n = 834$). Por lo tanto, los datos sobre suicidio en el país muestran una problemática social en aumento, particularmente en la población joven, que es el grupo social en riesgo más vulnerable.

Haciendo referencia al estado de Michoacán en el año 2007 el (INEGI) registró 142 suicidios 56 por causa no especificada, 114 en casa habitación, 86 por estrangulación, 113 hombres y 29 mujeres. Los grupos de edad más altos fueron: de 15 a 24 años, 39, de 25 a 34 años, 37, de 35 a

44 años, 22, de 45 y más, 27 casos. Según el grado de escolaridad 58 primaria, 23 secundaria, 13 en preparatoria, en profesional se registraron siete casos. Aunque Michoacán está en la media del país en el número total de suicidios por estado, tiene una de las mayores tasas de población en riesgo, los jóvenes. Dichos resultados coinciden con lo señalado en otros estudios, en los que se establece que los datos de suicidio entre los adolescentes son muy preocupantes, de manera específica en aquellos que se encuentran entre los 15 y 24 años, debido a que constituyen la segunda y tercera causa de muerte, igual para ambos sexos (De la Torre, 2013). Sin embargo, se debe considerar que los registros de muerte por suicidio están subestimados, ya que dentro de la tasa de muerte por causa indeterminada debe existir un grupo importante que pertenece a suicidas (Florenzano, Carvajal, & Weil, 1999).

Por otra parte, es importante revisar algunos datos acerca de investigación de ideación suicida en el mundo. De acuerdo con algunos estudios Estados Unidos y Canadá presentan 33% y 24% de ideación suicida, respectivamente (Brezo, Joel, Barker, & Tremblay, 2007; Waldrop, Hanson, Resnick, Kilpatrick, & Saunders, 2007). En Reino Unido, una revisión sistemática concluyó que 29,9% de la población de adolescentes tuvo ideas suicidas en algún momento de su vida (Evans, Hawton, Rodham, & Deeks, 2005). En México, se encontró que el 6.3% de hombres y el 8.7% de las mujeres reportó haber presentado síntomas de ideación. Esta se presentó en mayor medida en los estudiantes adolescentes que consumían drogas.

Asimismo, un estudio realizado para la identificación de la presencia de ideación suicida en jóvenes universitarios mexicanos, mostro que existía igualdad en la presencia de ideación suicida entre ambos géneros (Rosales Pérez & Córdova Osnaya, 2011).

En México la información de ideación, intento y suicidio se obtiene por medio de las instituciones como las Agencias del Ministerio Público, cuyo último registro de intentos suicidas fue en el año 2005; El INEGI en el año 2006 comenzó a registrar datos de suicidio anuales, para el año 2012 se catalogó el suicidio como muerte accidental o violenta. Cabe destacar el esfuerzo que también realizan distintos investigadores de manera individual porque buscan establecer una plataforma de datos estadísticos para proponer nuevas aproximaciones (Mondragon, Borges, &

Gutiérrez, 2015). Al respecto, hay estados que están coordinados con números de emergencia (911), seguridad pública y centros de investigación, y dichas instituciones identifican los intentos y suicidios consumados, vacían los datos de los posibles casos, utilizan el servicio de geolocalización y obtienen un mapa de los suicidios consumados e intentos para su posterior tratamiento de prevención (Hermosillo de la Torre, Vacio Muro, Ponce de Leon Arroyo, Ortega Parga, & Macias Lopez, 2015). Por supuesto, esto ha permitido tener manchas urbanas o clusters que permiten dirigir los esfuerzos para el tratamiento y prevención de forma más precisa en las ciudades con alta incidencia.

Capítulo 2. Factores asociados a la conducta suicida

Existen factores y variables asociadas a la ideación y a la conducta suicida, que se apoyan en distintos modelos teóricos que explican cuáles son los aspectos más importantes para estudiar o tratar el comportamiento suicida, algunos de ellos se centran en factores motivacionales, otros en aspectos cognitivos y algunos más en conductas y factores relacionados con el entorno. A continuación se presenta cada uno de ellos.

2.1. Modelo motivacional-volitivo integrado del comportamiento suicida

Se trata de un modelo que conceptualiza el suicidio como un comportamiento (en lugar de un subproducto de trastornos mentales) que se desarrolla a través de fases (O'Connor & Nock, 2014). La premisa clave es que los factores y procesos que sustentan el desarrollo de los pensamientos de suicidio son diferentes de los asociados con la participación en el comportamiento suicida (Dhingra, Boduszek, & O'Connor, 2015).

La primera fase es la pre motivacional. Esta señala que existe una condición del organismo que predisponen al suicidio, esta condición latente se desencadena cuando existen condiciones detonantes (stress), mediadas por el ambiente y eventos vitales. Desde esta visión la impulsividad puede ser una vulnerabilidad y los eventos como el consumo de sustancias puede ser una condición detonante. Esta fase contempla los aspectos clave que surgen antes del desarrollo de la ideación suicida.

La segunda fase es motivacional (ideación e intentos suicidas). En ella se describen los factores que rigen el desarrollo de la ideación e intento suicida. Debido a ello, resulta fundamental identificar sentimientos de derrota ya que cuando un individuo presenta dichas características, la probabilidad de que surja la ideación suicida se incrementa.

La fase volitiva o de concreción (conducta suicida) esboza los factores que determinan si un individuo intenta el suicidio. Aquí, además de los moderadores motivacionales deben estar presentes aspectos de capacidad, habilidad y disposición a la conducta, tales como la impulsividad, la imitación, la capacidad de hacerlo, el nivel de desarrollo, la planificación, la

intencionalidad y el acceso a los medios, debido a que estos aspectos se consideran condiciones que deben estar presentes cuando ocurre la conducta suicida. Por lo tanto, esta visión integra la mayoría de los modelos actuales que explican la conducta suicida (O'Connor & Nock, 2014; Dhingra, Boduszek, & O'Connor, 2015).

Por otro lado, investigaciones realizadas durante las últimas décadas señalan que existen factores que pueden aumentar o disminuir el riesgo de que una persona se suicide, su importancia radica en que contemplan características ligadas al entorno y a la propia personalidad del sujeto. En el siguiente apartado se explican dichos conceptos un poco más a detalle:

2.2. Factores asociados a la conducta suicida

a) Factores de riesgo.

Un factor de riesgo se define como un atributo o característica que confiere a un sujeto un grado variable de vulnerabilidad para contraer determinada enfermedad o alteración de la salud. Tienen como características las siguientes: son individuales, pues lo que para algunos es un riesgo, para otros no representa problema alguno, son generacionales, ya que los factores en la niñez pueden no serlo en la adultez o la vejez, presentan diferencias por género porque los factores de riesgo en la mujer no son similares a los de los hombres, están mediatizados por la cultura y el entorno de los individuos, comprobándose que lo que es aceptado en determinado medio social puede ser reprobado en otros (de la Torre Brasas, 2017; Kimberly y otros, 2016; Ayuso-Mateo y otros, 2014; Hernández-Cervantes & Gómez-Maqueo, 2006;

b) Factores Protectores.

Un factor protector es lo que para una persona en particular, reduce el riesgo de contraer determinada enfermedad o alteración de la salud, en el caso que nos atañe se refiere a un factor que reduce el riesgo de que una persona lleve a cabo un acto de suicidio o alguna conducta asociada como la ideación. Algunos de estos factores son, el apoyo en situaciones de crisis, el tratamiento del dolor en una enfermedad terminal, el tratamiento de las enfermedades depresivas, la adecuada capacidad para resolver problemas, la autoestima y autosuficiencia, la capacidad para buscar ayuda en personas competentes, etc. (vease de la Torre Brasas, 2017; O'Connor & Nock,

2014; García-Vesga & Domínguez-de la Ossa, 2013; Yang, 2010; Beautrais, Collings, & Ehrhardt, 2005; Guo & Harstall, 2002; Hirsch, Wolford, LaLonde, Brunk, & Parker Morris, 2007; Padrós-Blázquez, Herrera-Guzmán, & Gudayol-Ferré, 2012; Sakinofsky, 2007; Sullivan & Bongar, 2009).

Los factores de riesgo se pueden dividir en condiciones personales que están muy asociados a factores pre motivacionales, y condiciones sociales y eventos vitales que están cercanos a los factores volitivos, como se muestra en la Tabla 1, ciertamente en esta clasificación no están los factores de capacidad.

De esta manera los factores de riesgo se pueden dividir en personales, sociales y eventos vitales como se muestra en la Tabla 1.

Tabla 1. *Principales factores protectores y de riesgo para ideación y conducta suicida*

1. Condiciones personales	Biología y genética Personalidad y diferencias individuales Factores cognitivos
2. Relaciones sociales	Familiares Iguales (contexto educativo o laboral) Comunidad Social
3. Eventos vitales	Pérdida de un familiar Divorcio Pérdida de empleo Crisis social (guerra, crisis económica)

Adaptado de (O'Connor & Nock, 2014).

Continuando con la línea de factores de riesgo y protección, se ha encontrado que la desesperanza (factor cognitivo), definida como pesimismo hacia el futuro, es considerada como un fuerte predictor de ideación y comportamiento suicida. Ejemplo de ello, es el trabajo realizado por Beck y sus colaboradores (1985) quienes predijeron el suicidio de un porcentaje alto de los pacientes hospitalizados con ideación suicida (Beck, Steer, Kovacs, & Garrison, 1985). Sin embargo, también existe evidencia de que la desesperanza no es un predictor infalible del intento suicida, pero sí de la ideación suicida (Suominen, Isometsä, Ostamo, & Lönnqvist, 2004; O'Connor, Smyth, Ferguson, Ryan, & Williams, 2013).

Asimismo, en un estudio que exploró la relación entre síntomas depresivos y desesperanza sobre el intento suicida en 96 adolescentes mexicanos con y sin intento suicida se encuentran diferencias significativas entre la desesperanza, intento e ideación suicida. El intento de suicidio correlacionó positivamente con síntomas depresivos y desesperanza y correlacionó negativamente, con un manejo de la tristeza, del enojo y el autocontrol (Hermosillo-De la Torre, Vacio Muro, Méndez-Sánchez, Palacios Salas, & Sahagún Padilla, 2015).

Los resultados de una investigación en Colombia con una muestra de 482 adolescentes escolarizados entre 14 y 17 años con y sin ideación suicida, mostró que las variables que mejor explicaron la presencia de ideación suicida fueron: tener antecedentes de intento de suicidio, baja autoestima, depresión y pertenecer a una familia poco saludable - sistema familiar desorganizado - (Carvajal & Virginia, 2009). En otro estudio similar, se encontró que las variables asociadas a presencia de intento suicida fueron el género -dado que los hombres tienen mayor porcentaje de intento-, la presencia de progenitores en el grupo familiar, fallas en el funcionamiento familiar, consumo de alcohol y de tabaco, baja autoestima, desesperanza, depresión, e ideación suicida tanto reciente como antigua (Valdivia, Silva, Sanhueza, Cova, & Melipillán, 2015).

Un estudio amplio en el que participaron 10,054 adolescentes escolares de la ciudad de Cajamarca (Perú), mostró una presencia importante de pensamientos de desesperanza y deseos de muerte así como aquellos concernientes a los beneficios asociados al suicidio. También, se confirmó que las mujeres adolescentes evaluadas presentaron mayores niveles de ideación suicida en comparación que los varones, y que los adolescentes que vivían solos tenían niveles de

ideación marcadamente superiores a los del resto de adolescentes. Las variables psicosociales de funcionamiento familiar, el estrés percibido y el apoyo social resultaron estar significativamente asociadas a la ideación suicida (Leal Zavala & Vásquez Rodríguez, 2012).

La impulsividad es otra de las variables que se considera importante en el comportamiento suicida (Van Orden, Witte, Gordon, Bender, & Joiner, 2008;González-Forteza, y otros, 2015). Sin embargo, algunos investigadores señalan que no tiene tanta influencia en el riesgo suicida como se ha afirmado (Brezo, Paris, & Turecki, 2006; Watkins & Meyer, 2013). Aun así, se relaciona con ideación, intento suicida y suicidio. Sobre todo puede ser útil para predecir el intento suicida repetido en jóvenes y en individuos con trastornos de personalidad o como una variable mediadora (Ansell *et al*, 2013).

Por ejemplo, un estudio con una muestra probabilística de 30 escuelas del estado de Campeche con un total de 2, 386 estudiantes de secundaria que tuvo por objetivo conocer la prevalencia de ideación suicida y su relación con impulsividad y otras variables. Se encontró una asociación importante entre consumo de drogas e ideación suicida mientras que la depresión e impulsividad fueron factores que potenciaron e incrementaron la predicción de ideación suicida (González-Forteza *et al*, 2015).

En otra investigación en Colombia, cuyo objetivo fue identificar los factores asociados a ideación suicida en una muestra de 258 universitarios con edades comprendidas entre los 18 y los 24 años. Los resultados indicaron que el 31% de la población participante presentó ideación suicida, y las variables asociadas fueron el estado civil, eventos vitales estresantes, dependencia emocional, impulsividad y depresión. Se encontró que son factores asociados a ideación suicida en los universitarios (Siabato Macias & Salamanca Camargo, 2015). Hallándose a partir de las pruebas U de Mann-Whitney y Kruskal Wallis, se comparó la ideación suicida con estado civil, unión libre, eventos vitales estresantes, dependencia emocional, impulsividad y depresión. Se encontró que son factores asociados a ideación suicida en los universitarios (Siabato Macias & Salamanca Camargo, 2015).

Cabe destacar que la ideación suicida también se ha asociado a consumo de alcohol y drogas. Por ejemplo, la investigación que realizó (Salvo G & Castro S, 2013), fue determinar relación

existente entre la soledad, la impulsividad, el consumo de alcohol y la ideación suicida con adolescentes estudiantes de enseñanza media, así como determinar la contribución relativa de dichas variables en la predicción del comportamiento suicida en adolescentes se encontró que las mujeres presentaron puntajes significativamente superiores en ideación suicida y en la percepción de soledad en comparación con los adolescentes masculinos, y que estos últimos obtuvieron puntajes significativamente mayores en el consumo de alcohol en comparación con las mujeres. Si bien los puntajes en impulsividad fueron más altos en varones que en las mujeres, la diferencia no alcanzó la significación estadística.

Asimismo, se encontró que tanto la ideación suicida, como la soledad, impulsividad y consumo de alcohol se relacionaron significativamente y en forma lineal directa con la edad de los adolescentes. Todavía sigue el debate sobre cómo influye la impulsividad en personas con riesgo suicida. No obstante, se requiere seguir investigando al respecto ya que existe asociación documentada entre la impulsividad y el riesgo suicida (Bourgeois, 1991; Joiner, Walker, Rudd & Jobes, 1999; American Association of Suicidology, 2009).

Otra variable importante que esta asociada al suicidio es el propio intento suicida. En estudio realizado con 500 adolescentes chilenos se encontró que la mejor variable predictiva para el intento suicida en esa muestra fue la ideación suicida planificada. Asimismo, los estudios indican que uno de los más confiables y potentes predictores de ideación, intentos suicidas y muerte por suicidio a lo largo de la vida, fue tener una historia previa de este tipo de comportamiento (Urzúa & Caqueo, 2011).

En un estudio realizado para cuantificar la prevalencia de ideación suicida en una población de estudiantes universitarios, caracterizar grupos en relación con la ideación y las conductas suicidas así como determinar las variables que se asocian con ideación suicida e intentos de suicidio. Se encontró una prevalencia de ideación suicida del total de la población de un 18 % en el último año. Tanto la ideación como el antecedente de intento de suicidio fueron más frecuentes en estudiantes de género femenino. Se concluyó que la presencia de antecedente de violación, permanecer más de ocho horas al día solo y pertenecer al género femenino, debe alertar al clínico sobre la posibilidad de ideación suicida (Calvo, Sanchez, & Tejada, 2003).

Por otro lado, distintas teorías psicológicas se han encargado de estudiar aspectos cognitivos y de conducta en los que se integran elementos como vulnerabilidad, estrés, atención plena y ansiedad; que pueden ayudar a comprender desde otra perspectiva el suicidio. Especialmente, se ha considerado que se debe observar todas las condiciones que son previas al intento de suicidio. Algunos teóricos consideran que existe un parteaguas importante entre la ideación suicida y el intento de suicidio, y que es posible que no exista un continuo como muchos pretenden creer; sino que son comportamientos distintos con sus propias condiciones. Por ello, recientemente se han estudiado las variables asociadas propiamente al acto suicida. A continuación se mencionan algunas características de las teorías cognitivas que se han interesado por estudiar este aspecto.

2.3 Teorías psicológicas cognitivas.

Perspectivas contemporáneas.

Las teorías psicológicas contemporáneas se basan en la tesis de que existe una predisposición (vulnerabilidad) combinadas con condiciones de estrés. Sin embargo, aunque existe una amplia gama de teorías con este enfoque (ver O'Connor & Nock, 2014), a continuación, se explican dos de ellas que se centran en aquellos modelos que trabajan con aspectos proximales al suicidio, una que tiene un enfoque clínico (terapia dialéctica conductual) y otra que es una teoría explicativa sobre moderadores motivacionales y volitivos (Teoría Psicológica Interpersonal del Suicidio).

Una de las teorías clínicas sobre el suicidio que tiene evidencia empírica de la disminución del riesgo suicida es la Terapia Dialéctica Conductual (TDC). Uno de los objetivos centrales de este modelo, es el tratamiento y la reducción tanto de las conductas auto lesivas como de la conducta suicida, motivo por el cual existe un número considerable de estudios que abordan su eficacia (Álvarez y otros, 2012).

La TDC es un tratamiento desarrollado por Linehan (1997) para tratar clientes que reúnen criterios de trastorno límite de personalidad. La TDC fue adaptada a trastornos como la desregulación emocional y la dependencia de sustancias (Linehan, Schmidt, Dimeff, & Craft, 2001). Es un tratamiento integrador cuya base fundamental es el conductismo post-Skinneriano, que integra diferentes elementos de la terapia cognitiva, la practica oriental del mindfulness

(atención plena) y algunos aspectos de las terapias de apoyo. También, ha demostrado prevenir los intentos de suicidio en más de un ensayo clínico (Linehan y otros, 2006).

Componentes principales de la Terapia Dialéctica Conductual

La TDC se centra en los siguientes elementos clave:

1. El desarrollo de la atención plena, que es la capacidad para prestar atención a la experiencia tal y como es en el momento presente, sin juzgar y sin evaluar.
2. La regulación emocional, partiendo del supuesto de que la personas con diagnóstico de trastorno límite de personalidad experimenta emociones de forma muy intensa y lábil.
3. La eficacia interpersonal, que tiene por objetivo el cambio y la mejora de las relaciones interpersonales.
4. El aumento de la tolerancia a la ansiedad, apunta que el dolor y el malestar forman parte de la vida y el hecho de no aceptarlo incrementa aún más el sufrimiento (Álvarez y otros, 2012).

Estos son pues los cuatro pilares de TDC: atención plena, regulación emocional, eficacia interpersonal y relaciones interpersonales.

La importancia de esta aportación es que permite el tratamiento del trastorno límite de la personalidad que históricamente, es difícil de tratar y muchos pacientes abandonan la terapia porque por su naturaleza impulsiva no encuentran un espacio de validación de sus problemáticas. Así, en el tratamiento con la TDC se validan los sentimientos del paciente y a la vez se les ofrece un cambio a las conductas disfuncionales. Asimismo se trabajan desde la terapia individual, grupal y línea telefónica, por lo que cada componente se enfoca en un objetivo específico.

En definitiva, la TDC es actualmente un tratamiento efectivo para tratar la ideación y la conducta suicida, por esta razón en este estudio se busca evaluar un tratamiento del riesgo suicida basado en TDC, con los instrumentos de la Teoría Psicológica Interpersonal del Suicidio. Si se logra detectar la sensibilidad de los instrumentos, se abren posibilidades de prevención y evaluación de la conducta suicida, además, aportara mayores evidencias de validez a los instrumentos señalados.

Meta análisis y estudios con Terapia Dialéctica Conductual

En el meta análisis de Tarrrier, Taylor y Gooding (2008), se presentan los estudios de Terapia Dialéctica Conductual realizados del año 1991 al 2006, de forma general se realizaron los estudios con una muestra desde 20 hasta 111 personas; las variables estudiadas fueron la autolesión, conducta suicida, trastorno límite de la personalidad; se compararon con dos diferentes tratamientos, el tratamiento habitual y el comunitario, la cantidad menor en horas fue de 20 hrs y la mayor cantidad de 191 hrs, en cuanto a las sesiones el tratamiento de menor número de sesiones fue de 14 y el mayor de 104 sesiones. En todos los estudios se demuestra la eficacia del tratamiento con variables asociadas al suicidio, como la desesperanza, depresión, ideación y conducta suicida.

Por otro lado, faltan mas estudios de ensayos controlados aleatorios con adolescentes, además la formación en regulación emocional no ha demostrado superioridad del tratamiento habitual (Biskin, 2013). Dicha investigación demuestra que existe pocos trabajos con población adolescente, lo cual abre caminos a investigar con ese tipo de población, aportando también resultados contrarios a lo que comunmente arrojan los estudios en TDC. Respecto a los estudios con adolescentes Miller, Rathus y Linehan han desarrollado un protocolo de tratamiento modificado para el TLP (trastorno límite personalidad) en los adolescentes suicidas (Miller, Rathus, & Linehan, 2007). Producto de ello es el libro de Linehan y colaboradores para desarrollar habilidades en adolescentes (vease, Mazza, Dexter-Mazza, Miller, Rathus, & Murphy, 2016).

Adicionalmente, se encontro una revisión de 18 estudios de TDC para adolescentes, con seis centrándose en los síntomas del trastorno límite de personalidad y uno centrado en las tendencias suicidas en una muestra hospitalizada (MacPherson, Cheavens, & Fristad, 2013). La mayoría de los estudios incluyeron adolescentes con trastorno límite por debajo del umbral, el diagnóstico y tratamiento fue entre 12 y 52 semanas. Dentro del grupo se observaron efectos en la mayoría de las medidas, incluidos los síntomas del trastorno límite, síntomas psiquiátricos generales y por supuesto del riesgo suicida en general.

En definitiva, la TDC es actualmente el tratamiento más efectivo para tratar la ideación y la conducta suicida, por esta razón en este estudio se considera la línea base para el tratamiento y busca que los instrumentos validados sean sensibles al tratamiento con TDC. Si se logra la sensibilidad de los instrumentos de la Teoría Psicológica Interpersonal del Suicidio con el tratamiento en TDC, se abren posibilidades de prevención y tratamiento efectivo en la conducta suicida. Esto aportará mayores evidencias de validez a los instrumentos de la Teoría Psicológica Interpersonal del Suicidio y permitirá hacer tamizajes de riesgo suicida en población de riesgo y de prevención selectiva e indicada.

Por otra parte, se reconoce que las teorías de suicidio deben ser capaces de dar cuenta de la amplia gama de los factores asociados con el comportamiento suicida mortal (Van Orden, Witte, Gordon, Bender, & Joiner, 2008). Asimismo, se considera que los factores más fuertes relacionados con el suicidio son: los trastornos mentales, intentos anteriores de suicidio, aislamiento social, conflictos familiares, el desempleo y las enfermedades físicas. Por lo tanto, una teoría del suicidio debe aclarar cómo estos diversos factores están relacionados con el comportamiento suicida (Van Orden y otros, 2010).

Recientemente, se desarrolló la Teoría Psicológica Interpersonal del suicidio –TPIS- (Joiner, 2005), aunque la mayoría de las teorías se enfocan en los factores psicológicos, no explican por qué la mayoría de las personas que tienen pensamientos o ideación no intentan hacerlo, mientras que la TPIS permite hacer predicciones en relación con la transición de la ideación suicida al intento. Es una teoría explicativa de las variables clave que explican el comportamiento suicida, un modelo nuevo que tiene evidencia empírica de su utilidad.

Capítulo 3. La Teoría Psicológica Interpersonal del Suicidio (Joiner, 2005)

3.1. Conceptos básicos

La TPIS es una aproximación reciente y explicativa de los componentes más próximos a la conducta suicida, propone que las personas que mueren por suicidio es porque quieren y pueden hacerlo (i.e. se reúne motivación y capacidad para llevarlo a cabo, Joiner, 2005). Aunque esta teoría reconoce que las personas que mueren por suicidio presentan numerosos factores de riesgo, en lugar de un único factor de riesgo, centra su explicación en aquellas variables importantes en el tránsito de la ideación al acto suicida (Maris, Berman, & Maltzberger, 1992; Van Orden y otros, 2010).

La TPIS permite comprender la compleja interacción de factores que contribuyen al riesgo suicida (Giamperi & Clerisi, 2013). Además, propone tres constructos fundamentales para el comportamiento suicida: 1) La necesidad de pertenencia no lograda, 2) La percepción de ser una carga para los demás y 3) la capacidad adquirida para el suicidio (Joiner, 2005; Van Orden y otros, 2010).

A partir de estos constructos y sus relaciones se plantean cuatro hipótesis que representan las vías que conducen al comportamiento suicida (Joiner, 2005), estas interacciones se representan en la Figura 1:

H1: La *necesidad de pertenencia no lograda* y la *percepción de ser una carga para otros* son causas proximales de la ideación suicida pasiva.

H2: La presencia simultánea de *la necesidad de pertenencia no lograda* y la *percepción de ser una carga para otros*, junto con desesperanza, son causales de ideación suicida activa.

H3: La presencia simultánea de deseo suicida y ausencia de miedo a morir es la condición para que el deseo suicida se convierta en intento suicida.

H4: La conducta suicida grave (intentos letales) es más probable que ocurra en el contexto en el que la persona tiene una *necesidad de pertenencia no lograda*, la *percepción de ser una carga para otros* (con desesperanza hacia ambas condiciones), bajo

temor a la muerte y alta tolerancia al dolor (que se convierte en *capacidad adquirida para el suicidio*, ver Figura 1).

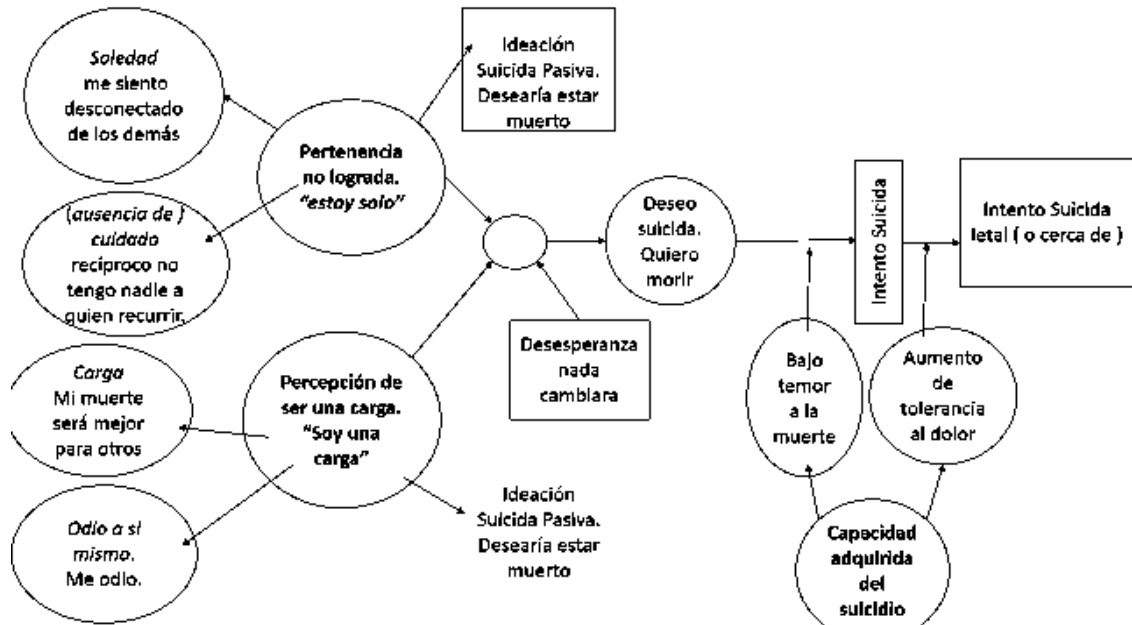


Figura 1. Principales constructos de la Teoría Psicológica Interpersonal del Suicidio. Elaboración propia basada en Joiner (2005).

La Necesidad de Pertenencia no Lograda (*Thwarted Belongingness*)

La pertenencia no lograda, son sentimientos de formar parte de una red social de apoyo, se adquiere cuando una persona se siente sola y carece de cuidado recíproco. La teoría muestra que la pertenencia no lograda es un estado mental que resulta cuando la fundamental necesidad de conexión - descrita por Leary (1995) como la "Necesidad de pertenecer" - es insatisfecha (Cacioppo, 2008).

Por otra parte, el aislamiento social es uno de los predictores más confiables de la ideación y conducta suicida y es un constructo que se puede medir en múltiples dimensiones: provisión de apoyo social, influencia social, sobre el compromiso social y el apego, el acceso a los recursos y bienes materiales (Berkman, Glass, Brissette, & Seeman, 2000). Una faceta de las relaciones sociales es la soledad que se produce con la pérdida de un cónyuge u otras personas cercanas y esta variable es considerada por la TPIS en la medición de este constructo.

También Leary (1995) señala que la necesidad de pertenecer tiene dos facetas: las personas parecen necesitar interacciones positivas con las mismas personas y estas interacciones se producen en un marco a largo plazo. La pertenencia es un estado afectivo cognitivo dinámico y no estable, donde convergen factores ambientales, por ejemplo, el número de individuos en la red social (Hawkey y otros, 2008), esquemas interpersonales como propensión a interpretar el comportamiento de los demás como indicativo de rechazo (Downey & Feldman, 1996), y los estados emocionales actuales, por ejemplo, estado de ánimo deprimido (Cacioppo y otros, 2006).

Así, desde la TPIS la presencia de pertenencia no lograda, sobre todo si esa necesidad no se cubre por sí misma, impulsa y predice la ideación suicida pasiva (pensamientos de que estaría mejor estar muerto). Además, si la necesidad de pertenecer se prolonga en el tiempo, la ideación suicida es más probable que resulte. La TPIS considera seis factores de riesgo para presentar pertenencia no lograda: aislamiento social, baja apertura a la experiencia, sentirse o estar aislado, la violencia doméstica, el abuso infantil, y la discordia familiar. Así se postula la necesidad de pertenencia con dos constructos latentes. La soledad y la ausencia de relaciones recíprocas (Van Orden y otros, 2010).

Percepción de ser una carga para otros (*Perceived Burdensomeness*).

Es un estado mental caracterizado por percepciones hacia otros "estarían mejor si me fuera", que se muestra cuando la competencia social es insatisfecha, postulada por la teoría de la autodeterminación, dicha teoría determina qué tanto las personas se involucran en la realización de sus actividades, tomando en cuenta algunos mecanismos de la conducta (Ryan, 2000). La hipótesis propone que la discordia familiar (Duberstein, 2004; Heikkinen, 1994), el desempleo (Heikkinen, Aro, & Lönnqvist, 1994; Brown, 2000) y el deterioro funcional (Conwell y otros, 2000, 2010) están asociados con el suicidio debido a que estos factores pueden generar percepciones de carga hacia los demás.

También se establece que la percepción de carga es causal de la ideación suicida pasiva, y si además la persona se encuentra en un estado de pertenencia no lograda y de desesperanza respecto a las dos condiciones surge la ideación suicida activa (deseo de causar la muerte). Más aun, una forma de conflicto familiar que ha demostrado estar asociada con comportamiento suicida letal es la percepción de ser una carga para los miembros de la familia (Van Orden y otros, 2010).

La percepción de ser una carga para otros se divide en dos constructos latentes. Sentirse una carga para los demás y odio a sí mismo. El primer constructo se explica por seis factores: angustia causada por desempleo, angustia causada por encarcelamiento, angustia causada por falta de vivienda, enfermedades físicas graves, la idea de ser inútil y las declaraciones directas en el suicidio ya sea a manera de notas o comunicaciones verbales que expresan que los individuos perciben que son carga sobre la familia. El segundo constructo, odio a sí mismo, se explica con tres factores: baja autoestima, sentimiento de culpa o vergüenza y el estado mental agitado (Van Orden y otros, 2010).

La percepción de ser una carga para los demás es una variable dinámica y multidimensional, por lo que pueden variar los niveles con el tiempo, las relaciones y la gravedad. Por ejemplo, un estudio de autopsia psicológica de los pacientes con cáncer terminal que murieron por suicidio indicaron que la auto percepción de ser una carga para otros fue una característica clave que probablemente contribuyó al deseo de suicidio (Filiberti y otros, 2001). La percepción de ser una

carga para los demás también permite diferenciar entre individuos con antecedentes de intentos de suicidio y los individuos sin intentos (Brown, Dahlen, Mills, Rick, & Biblarz, 1999; Van Orden, Lynam, Hollar, Joiner, & Jr., 2006).

También está asociada con la ideación suicida (Brown, y otros, 2009; De Catanzaro, 1995; Van Orden, Lynam, Hollar & Joiner, 2006). De igual manera, las percepciones de inutilidad son una característica de los adolescentes suicidas (Woznica & Shapiro, 1990). En resumen, la percepción de carga hacia los demás y los sentimientos de pertenencia no lograda generan la ideación suicida pasiva.

Capacidad Adquirida para el Suicidio (Acquired Capability Suicide)

Esta teoría menciona que no todas las personas con ideación suicida mueren por suicidio, la explicación se basa en que existen individuos con mayor potencial para hacerlo, es decir, aquellos que desarrollan la Capacidad Adquirida para el suicidio (Joiner, 2005).

La Capacidad Adquirida para el Suicidio, de acuerdo con la Teoría Interpersonal, se da a través del tiempo con la exposición repetida a situaciones dolorosas, lesiones graves, abuso sexual, peleas físicas, exposición a combates donde la vida esté en riesgo, deportes extremos, etc. Presenta dos constructos que en su conjunto pueden dar lugar a serios intentos que llevan a graves lesiones y a la muerte. El primero de estos constructos es ausencia de miedo a la muerte, que consiste en una disminución marcada del individuo al temor a morir. El segundo constructo es una alta tolerancia al dolor, que conlleva a una exposición repetida de situaciones y conductas de riesgo, se cree que es lo que provoca que los intentos sean cada vez más letales.

Al respecto, la alta tolerancia al dolor y la ausencia de miedo son dos conceptos que aportan interesantes propuestas al entendimiento del comportamiento suicida. Por ello, en los siguientes párrafos se describen de manera más detallada aportaciones de distintas investigaciones.

De acuerdo con Nock (2008) la ideación suicida puede estar presente en el 15% de la población a lo largo de su vida, sin embargo, existe evidencia de que las personas que se suicidan cuentan con características que sólo pocas personas pueden tener, es decir, alta tolerancia al dolor y ausencia de miedo a morir (Linehan, Chiles, & Nielsen., 1983; Van Orden, Witte, Gordon, Bender, & Joiner, 2008). Por tanto, se considera que el deseo de morir por suicidio no es suficiente para dar como resultado un comportamiento suicida letal porque, en pocas palabras, la muerte por suicidio no es una cosa fácil de hacer. Un ejemplo es el caso de una mujer que murió por suicidio (Holm-Denoma, y otros, 2008, P. 233), mismo que se describe a continuación:

Caso # 7 se describe como socialmente aislada cuando intentó el suicidio con una cantidad desconocida de medicación para el dolor y también abrió sus arterias de la muñeca. Esta acción dio lugar a un cierto grado de pérdida del conocimiento, de la que se despertó.... A continuación, se arrojó delante de un tren, que fue la causa última de su muerte.

En el caso mencionado anteriormente, los comportamientos iniciales no eran letales, y para llevar a cabo la muerte, el individuo empleó otro método de suicidio de mayor letalidad.

En relación al estudio del miedo, Ohman y Mineka (2001) propusieron un modelo basado en la hipótesis de que los procesos de selección natural han dado forma al sistema del miedo humano para que funcione como una señal de la presencia de “situaciones potencialmente mortales” (p.484). Por lo tanto, el valor adaptativo del miedo radica en su potencial para ayudar a los seres humanos en la identificación de los estímulos asociados con amenazas a la supervivencia. Por esta razón, el modelo de la Teoría Interpersonal se basa en la propuesta de que los seres humanos están biológicamente preparados para temer al suicidio porque el comportamiento suicida implica la exposición a los estímulos y señales que se han asociado con amenazas para la supervivencia (Joiner, 2005; Van Orden y otros, 2010).

La capacidad adquirida del suicidio se da como resultado de la habituación y la activación de los procesos oponentes en respuesta a la exposición repetida de experiencias físicamente dolorosas e inductoras de miedo (Solomon & Corbit, 1974). Asimismo, se presume es una variable latente, multidimensional y dinámica (al igual que la pertenencia no lograda y la percepción de ser una carga para los demás). Por su parte, la ausencia de miedo a morir,

dimensión que mide la capacidad adquirida para el suicidio, es una categoría con la que las personas con intento suicida responden a la pregunta de por qué no insisten en quitarse la vida (Linehan, Chiles, & Nielsen, 1983).

En cuanto a la evidencia empírica se refiere, en una investigación sobre las razones para vivir en individuos que informaron de una historia de ideación suicida en el pasado, pero que no tenía intento de suicidio, reportaron mayores niveles de miedo al suicidio, esto en comparación con personas con ideación grave que habían actuado en los comportamientos suicidas, lo cual indicó que la ideación no es suficiente para que se dé un comportamiento suicida (Linehan, Chiles, & Nielsen, 1983). Análogamente, el auto reporte de valentía medido por la escala de capacidad adquirida señaló una correlación de $r = 0.79$ con los intentos de suicidio (Van Orden, Witte, Gordon, Bender, & Joiner, 2008).

Elevada tolerancia al dolor físico

Morir por suicidio a veces es físicamente doloroso. Un ejemplo, es el caso de una mujer que murió por suicidio (Holm-Denoma, y otros, 2008, p. 233). "Caso # 1 ingiere una cantidad desconocida de cloral hidrato y limpiador de 354,9 ml de desinfectante de inodoros (el cual contiene ácido clorhídrico) [...] y murió 4 horas después de haber sido transportada a la sala de emergencia debido a una hemorragia gástrica". La ingestión de ácido clorhídrico requiere una tolerancia de dolor físico que la mayoría no poseen. La literatura empírica concurre con este tipo de ejemplo: las personas con tendencias suicidas recientes demostraron elevada tolerancia al dolor físico (medida con descarga eléctrica y dolor térmico), en comparación con personas no suicidas, durante el intento letal (Orbach, y otros, 1996; Orbach, Mikulincer, King, Cohen, & Stein, 1997).

Otros ejemplos son, cortarse las muñecas, debido a que requiere un comportamiento sostenido por parte del individuo suicida y este debe continuar soportando el dolor físico al seguir cortando su muñeca. Un individuo al tragar píldoras debe seguir haciéndolo a pesar de los sentimientos de náuseas o mareos. Por el contrario, apretar el gatillo de una pistola o saltar de un edificio típicamente requieren una sola acción (Van Orden, Witte, Gordon, Bender, & Joiner, 2008).

Los factores de riesgo a desarrollar la capacidad adquirida para el suicidio son el maltrato infantil, el contagio (lugares donde han ocurrido suicidios), exposición a combate, exposición previa al suicidio y la impulsividad. Estos eventos pueden someterse al proceso oponente y a la habituación. Además, factores como limitar el acceso a medios letales pueden servir para bloquear la capacidad adquirida y por lo tanto reducir las tasas de suicidio (Van Orden, Witte, Gordon, Bender, & Joiner, 2008).

La literatura también indica que la mayoría de las personas que intentan suicidarse lo concretan, y que hasta la mitad de quienes lo intentan, mueren en el primer intento (Rudd, Joiner, & Rajab, 1996). De modo similar, un estudio sobre el personal militar encontró que la rama de servicio del ejército y la naval se asoció con un método específico de suicidio (armas para el Ejército; colgante y nudos para la Naval; caer por las alturas para la Fuerza Aérea). Estos datos sugieren que la habituación al dolor y el miedo en el suicidio puede ser un método específico y se adquiere a través de la exposición. De cualquier modo, la teoría no genera la predicción de que todas las personas que mueren por suicidio necesariamente tienen historias de intentos anteriores (Van Orden y otros, 2010).

Además de la conducta suicida mencionada anteriormente existen otros comportamientos de riesgo inductores de miedo, por ejemplo: el robo, la promiscuidad sexual, deportes de contacto, disparo de un arma de fuego, daño intencional animales, etc. De ahí que, en apoyo de una ruta menos directa a la capacidad adquirida, el estudio mostró que los individuos que informaron de la participación en más experiencias causales de dolor reportaron las puntuaciones más altas de capacidad adquirida (Van Orden y otros, 2008).

Al mismo tiempo, los veteranos de guerra tienen mayor riesgo de comportamiento suicida letal y son más propensos a usar armas de fuego como método de suicidio (Kaplan, Huguet, McFarland, & Newsom, 2007). Un estudio de autopsia psicológica mostró que los niveles evaluados de forma retrospectiva de adquirir capacidad adquirida, eran más altos en los que murieron por suicidio en una muestra militar comparados con el grupo control, por ejemplo,

comportamientos suicidas -preparación, intentos de suicidio y problemas del pasado, como impulsividad- (Nademin y otros, 2008).

Aunque la capacidad adquirida para el suicidio se conceptualiza como una capacidad que se gana con el tiempo, también ocurre a través de predisposiciones genéticas y/o temperamentales a la intrepidez, la impulsividad, o mayor tolerancia al dolor físico. Algunos individuos son más susceptibles a adquirir la capacidad para el suicidio, por la exposición a acontecimientos dolorosos y provocativos, o incluso son más propensos a buscar este tipo de eventos (Van Orden, Witte, Gordon, Bender, & Joiner, 2008).

3.2 Hallazgos empíricos de la Teoría Psicológica Interpersonal del Suicidio

En el año 2008 se encontraron evidencias de que la percepción de ser una carga para otros y la pertenencia no lograda predicen la ideación suicida. Aunado a ello, las personas con mayor capacidad adquirida y exposición a situaciones causales de dolor son más capaces y presentan mayor número de intentos suicidas. Asimismo la interacción entre la capacidad adquirida y la percepción de ser una carga predice el riesgo clínico, por lo que puede ayudar en la evaluación del riesgo suicida (Kimberly, Tracy, Kathryn, & Theodore, 2008).

Posteriormente, en un artículo que explica los supuestos de la TPIS, se encontró que el comportamiento suicida es independiente de la ideación suicida. Por otra parte, la capacidad para el comportamiento suicida, surge a través de la habituación y los procesos oponentes, en respuesta a la exposición repetida a experiencias físicamente dolorosas que inducen miedo. Además, se propone que, en gran parte, los mismos procesos mentales subyacen a todo comportamiento suicida. Asimismo, se explica por qué la mayoría de las personas que poseen un factor de riesgo dado no intentará, ni morirá, por suicidio. Es decir presenta poco riesgo suicida (Kimberly y otros, 2016).

La TPIS proporciona explicaciones hasta ahora difíciles de comprender, como los datos epidemiológicos, la distribución por género y la prevalencia de diferentes formas de comportamiento suicida. Uno de los hallazgos más consistentes respecto a la epidemiología del comportamiento suicida es su distribución de género, debido a que se presentan más suicidios masculinos que femeninos. Sin embargo, las mujeres presentan y son más propensas a la ideación

suicida que los hombres. Por ejemplo, en los estudios de la TPIS se encontró que los hombres tienen mayor capacidad adquirida que las mujeres y por ello se suicidan más, por el contrario las mujeres presentaron mayor percepción de ser una carga para otros y pertenencia no lograda, esto explica que presentan mayor ideación y sus intentos son menores por los niveles bajos de capacidad adquirida.

Asimismo la TPIS puede explicar la prevalencia de intento suicida, dicha teoría señala que existen tres condiciones: percepción de carga, pertenencia no lograda y capacidad adquirida, las cuales están presentes de forma simultánea para resultar en un intento de suicidio. Estos hechos no explican completamente las teorías disponibles (Kimberly et al, 2016).

Otro elemento que se destaca es que la TPIS presenta utilidad clínica para evaluar el riesgo suicida. Propone entre varias cosas que no es necesario medir un gran número de factores de riesgo para evaluar el riesgo suicida y que la pertenencia no lograda y la percepción de carga son factores dinámicos que cambian frecuentemente. Mientras la capacidad adquirida es relativamente estable (Joiner y otros, 2009). Esto sugiere la idea de que existe una zona de peligro delimitada entre la percepción de carga, pertenencia no lograda y capacidad. Por lo que se puede predecir qué componentes de las intervenciones suicidas son más eficaces en el tratamiento suicida (Kimberly y otros, 2016).

Dicho de otra forma, las intervenciones que directa o indirectamente abordan la percepción de ser una carga y la pertenencia no lograda deberían producir los mejores resultados. No obstante, la capacidad adquirida sería relativamente difícil de abordar con eficacia en el tratamiento porque un terapeuta no es capaz de modificar la historia de un paciente, sin embargo, este aspecto de la teoría proporciona una predicción clara sobre quién puede beneficiarse más de las intervenciones preventivas centradas en el suicidio: la persona que tiene una historia llena de experiencias que les han causado de dolor.

Por otro lado, se han diseñado distintos instrumentos de evaluación psicológica con el objetivo de identificar de manera más precisa cuándo una persona presenta mayor riesgo de efectuar una

conducta suicida, y debido a su grandes aportes, a continuación se encuentra un análisis acerca de ellos:

En el año 2011 se presentó un artículo que buscaba demostrar la hipótesis de que las personas impulsivas experimentaban mayores eventos causales de dolor que los llevaban a obtener altos niveles de Capacidad Adquirida del Suicidio. Demostraron, que la impulsividad se relacionaba indirectamente con la Capacidad Adquirida y que la relación esta mediada por los Eventos Causales de Dolor. Por lo tanto, sugieren que el vínculo entre Impulsividad y Capacidad Adquirida se da porque las personas impulsivas tienden a tener mayores experiencias causales de dolor (Bender, Gordon, Bresin, & Joiner, 2011).

Por otro lado, en el año 2011 se presenta la propuesta del Cuestionario de Necesidades Interpersonales (CNI) que mide el nivel de la Pertenencia no lograda y la Percepción de ser una carga. Se encontró que el modelo que surge del instrumento es de dos factores, nueve de diez ítems miden pertenencia no lograda, siete de quince ítems miden percepción de ser una carga. El Análisis Factorial Exploratorio (AFE) arrojó dos dimensiones que indicaron que el instrumento contaba con estructura dimensional. Por su parte, en el Análisis Factorial Confirmatorio (AFC) se encontraron estructuras latentes equivalentes entre las muestras de adultos mayores, muestra clínica y jóvenes estudiantes. Asimismo, se encontró que la pertenencia no lograda contaba con validez convergente pero no divergente y que la pertenencia no lograda se asociaba al apoyo social. Finalmente se concluyó que la pertenencia no lograda y la percepción de ser una carga fueron predictores confiables de la ideación suicida (Van Orden, Cukrowicz, Witte, & Joiner, 2012).

Para el año 2014 se encontraron evidencias para las variables de la TPIS y se reexaminaron los supuestos. Primero, la Escala de Capacidad Adquirida del Suicidio (ECAS) original constaba de 20 ítems: 1 reactivo medía tolerancia al dolor, siete ausencia de miedo a la muerte y los restantes miden eventos causales de dolor (Bender, Gordon, Bresin, & Joiner, 2007; Bender, Gordon, Bresin, & Joiner, 2011). Posteriormente se realizó un procedimiento de jueces expertos que determinó solo dejar los siete ítems que median la dimensión ausencia de miedo a la muerte por lo que la escala se redujo a siete ítems que reflejaban la medida de temeridad en un factor único.

De esta manera la escala refleja mejor consistencia en la variable que mide, los ítems eliminados son causales y no definen aspectos de la capacidad adquirida (Ribeiro, et al, 2014).

Un estudio presentó la versión validada de la ECAS para Alemania en 2014. La escala resultó ser útil para medir la tolerancia al dolor, el miedo a la muerte y auto percepción de la capacidad adquirida del suicidio (Wachtel y otros, 2014). Para el 2016 se realizó la versión Eslovena del CNI, los resultados mostraron que cuenta adecuadas propiedades psicométricas ($\alpha = 0,81$ a $\alpha = 0,91$). También, se encontró, que la pertenencia no lograda tuvo correlaciones bajas a medias, significativas con ideación suicida, consumo excesivo de alcohol y con historia de intento suicida. Finalmente se propuso, que la intervención de variables asociadas estudiadas puede ser un enfoque prometedor para la prevención del suicidio en adolescentes de zonas rurales (Podlogar, Ziberna, Postuvan, & David, 2016).

3.3. Instrumentos de evaluación de la conducta suicida basados en la TPIS

A partir de la Teoría Psicológica Interpersonal del suicidio se han propuesto tres escalas de medición de las variables involucradas en el riesgo suicida, a saber, ideación suicida (Cuestionario de Necesidades Interpersonales) y conducta suicida (Escala de Capacidad Adquirida del Suicidio y Escala de Eventos Causales de Dolor).

Cuestionario de Necesidades Interpersonales

Este instrumento fue desarrollado para medir la percepción de ser una carga para los demás y la pertenencia no lograda, causas proximales de ideación suicida (Van Orden, Cukrowicz, Witte, & Joiner, 2011). También se señala que la percepción de ser una carga para los demás y la pertenencia no lograda son constructos distintos pero relacionados y que pueden medirse de forma confiable. La escala mide la necesidad de pertenencia y la medida en que ellos se perciben a sí mismos como una carga para las personas en su vida. Se encontró una correlación significativa de moderada magnitud entre los dos constructos medidos por el CNI ($r = 0,58$) (Van Orden, Witte, Gordon, Bender, & Joiner, 2008).

Esta versión del CNI contiene 15 ítems: nueve miden pertenencia no lograda (por ejemplo, “En estos días otras personas se preocupan por mí”, invertido), y seis miden la percepción de ser

una carga para los demás (por ejemplo, “En estos días me siento como una carga para la gente en mi vida”). Al completar la prueba, los participantes indican el grado en que cada ítem representa algo que ellos consideran verdad para ellos en ese momento o recientemente en una escala Likert de 7 puntos. Las puntuaciones se codifican de tal manera que los números más altos reflejan niveles más altos de pertenencia no lograda y la percepción de ser una carga para los demás. Se encontraron coeficientes altos de consistencia interna para los ítems de pertenencia ($\alpha = .85$), así como para los elementos de la percepción de ser una carga para otros ($\alpha = 0.89$).

Finalmente, como el CNI fue desarrollado para su uso en la investigación del comportamiento y tendencias suicidas, es de gran utilidad para la prevención del intento suicida. También es un instrumento confiable y válido que necesita ser probado con diferentes tipos de población.

Escala de Capacidad Adquirida para el suicidio

Mide la capacidad adquirida del suicidio (Bender, Gordon y Joiner, 2007; Bender, Gordon, Bresin, & Joiner, 2011). La ECAS es una escala de 20 ítems diseñada para evaluar la propia intrepidez para auto lesionarse. Se les pide a las personas evaluar cada elemento en una medida de uno (nada como yo) a cinco (muy como yo). Ejemplos de ítems incluyen “las cosas que asustan a la mayoría de la gente no me asustan”, y “puedo tolerar más dolor que la mayoría de la gente”. La escala se correlaciona con la sub escala de miedo al suicidio del inventario de razones para vivir (Linehan, Chiles, & Nielsen, 1983) en la dirección esperada (Bender y otros, 2007). Esto es indicativo de validez. En la muestra actual $n = 228$ la confiabilidad de la ECAS en el estudio fue baja ($\alpha = 0,67$; Kimberly, Tracy, Kathryn, & Theodore, 2008). Existe una versión reducida de siete ítems que se ajusta mejor a la medida de un solo factor y tiene un $\alpha = .83$ (Ribeiro, y otros, 2014).

Se llevó a cabo un análisis ANOVA para poner a prueba la hipótesis de que los últimos intentos de suicidio harían predecir la capacidad adquirida para el suicidio (medida por el ECAS). Consistente con las predicciones, el número de intentos anteriores (es decir, 0, 1, 2 o más) predijo significativamente la capacidad adquirida. El nivel más bajo de capacidad adquirida fue reportado por individuos sin intentos de suicidio pasado, seguido de individuos con un solo intento pasado, con el nivel más alto reportado por individuos con múltiples (es decir, dos o más) intentos de

suicidio anteriores. Además, en un estudio señalan que la presencia de múltiples intentos pasados es un fuerte predictor de la conducta suicida letal en adolescentes (Kotila & Lönnqvist, 1987). Finalmente, en otro estudio longitudinal de 37 años se indica que el aumento de riesgo de comportamiento suicida letal atribuido a una historia de un intento previo persiste durante toda la vida (Suominen, y otros, 2004).

Escala de Eventos Causales de Dolor.

Evalúa las experiencias y el número de eventos causales de dolor. Es un auto informe de 26 ítems, similar a la escala de conducta impulsiva (IBS, por sus siglas en inglés), solicita a la persona que informe el número de veces que han experimentado ciertos eventos, (deporte de contacto, si tiene perforaciones, disparó un arma, si ha herido intencionalmente animales, participó en peleas físicas, si ha saltado desde lugares altos), que la TPIS propone podría conducir a la capacidad adquirida para el suicidio. El coeficiente alfa combinado para el IBS y PPES fue $\alpha = 0,90$ indicativo de una buena confiabilidad.

En suma, se están haciendo trabajos para validar estos instrumentos en población mexicana. Ya se realizó una prueba piloto con CNI y ECAS y se están realizando adecuaciones culturales a los reactivos, incluyendo un análisis de jueces expertos, así como análisis de confiabilidad y validez para las tres escalas.

Capítulo 4. Planteamiento del problema

4.1. Justificación

La Teoría Psicológica Interpersonal del Suicidio es un modelo explicativo reciente cuya principal aportación señala el punto crítico de la ideación al intento suicida. A partir de la teoría se han desarrollado una serie de instrumentos que permiten identificar la presencia de variables proximales asociadas a la ideación e intento suicida (Van Orden, Cukrowicz, Witte, & Joiner, 2012; Bender, Gordon, Bresin, & Joiner, 2011; Ribeiro y otros, 2014; Van Orden, Witte, Gordon, Bender, & Joiner, 2008). Por otro lado, existen algunos instrumentos de variables relacionadas con el suicidio como la ideación suicida, la depresión y el riesgo suicida adaptadas al contexto mexicano (González-Macip, Díaz, Ortiz, González-Forteza, & González-Núñez, 2000; Terrones-González, Estrada-Martínez, & Lechuga-Quiñones, 2012).

Un estudio de adaptación y validación en la Ciudad de México para identificar la presencia de ideación suicida en jóvenes universitarios mexicanos, menciona que, solo se ha notificado confiabilidad y validez factorial aceptable ($\alpha = 0.76$) con el uso de la escala de Beck, en estudiantes universitarios. En estudiantes de Educación Media, se registra confiabilidad aceptable ($\alpha = 0.76$), pero no validez factorial (Rosales Pérez & Córdova Osnaya, 2011). Asimismo, con el empleo de la escala Roberts-CESD (Escala de Depresión del Centro de Epidemiología) se reporta confiabilidad aceptable ($\alpha = 0.70$) y validez factorial al ser aplicada en estudiantes mexicanos de secundaria, preparatoria y universidad (González-Forteza, 1998; Serrano, 2003; Serrano, 2005).

Por otra parte, los datos del Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática (INEGI, 2015) para el estado de Michoacán en el 2015 muestran que ocurrieron 142 suicidios (113 Hombres y 29 mujeres); de ellos 56 fueron por causa no especificada, 114 ocurrieron en casa habitación, en 86 ocurrió por estrangulación. El suicidio por grupo de edad fue de 15 a 24 años el más alto 28%, seguido de personas de entre 25 a 34 años 26%, a continuación por personas de 35 a 44 años 16% y finalmente por personas de 45 y más 19%.

Los datos de suicidio entre los jóvenes son muy preocupantes particularmente entre los 15 y 24 años donde se establece el suicidio entre la segunda y tercera causa de muerte independientemente del sexo (De la Torre, 2013). Aun cuando Michoacán está en la media del país en el número total de suicidios por estado, tiene una de las mayores tasas de población en

riesgo, que son los jóvenes. Además, el estado no cuenta con un programa específico de atención a situaciones de riesgo en jóvenes, por lo que se considera importante la creación de instrumentos de detección de variables relacionadas con la conducta suicida que permitan atender a la población en riesgo.

En nuestro país se crearon o validaron algunos instrumentos de variables relacionadas con la conducta suicida, entre ellas la ideación y el riesgo suicida que son las más estudiadas (Rosales Pérez & Córdova Osnaya, 201, González-Forteza, 1998; Serrano, 2003; Serrano, 2005, Hernández y Lucio, 2003, Hernández-Cervantes & Gómez-Maqueo, 2006). Sin embargo, en la mayoría de los instrumentos no se estudia su nivel de sensibilidad al cambio en tratamientos eficaces de la ideación y conducta suicida.

Por ello, es necesario aportar nuevas alternativas para medir el comportamiento suicida en México. Validar instrumentos que son sensibles a los tratamientos eficaces del riesgo suicida es una necesidad porque fortalece la evaluación y diagnóstico basados en evidencia científica.

La problemática del suicidio crece, muchas organizaciones consideran que es necesario disminuir las cifras y atender el problema social que genera. Especialmente, es importante incorporar teorías novedosas que están tratando de explicar la conducta suicida y que demuestran buenos resultados, como la TPIS. En este particular esta teoría no solo explica por qué las personas se quitan la vida sino que propone la detección de la ideación y conducta suicida y las variables interpersonales que desarrollan la capacidad de quitarse la vida. Esto abre una oportunidad de aplicar la teoría en México, misma que es probada en otros países y demuestra respaldo empírico (Kimberly y otros, 2016; Wachtel y otros, 2014).

Contar con instrumentos de evaluación del suicidio de nuevas teorías, que prueban ser útiles en otros países amplía las herramientas diagnósticas para los servicios de salud en México. Además, mantiene al país actualizado con la investigación relevante realizada sobre el suicidio en el mundo. Al respecto la TPIS no presenta estudios en la región que prueben las propiedades psicométricas de sus instrumentos y sensibilidad de los mismos en población en riesgo.

Este trabajo propone adaptar y validar las escalas de la TPIS en población Mexicana, al mismo tiempo probar la sensibilidad al cambio de las mismas en individuos con riesgo suicida. Este

estudio intenta focalizar los esfuerzos en la evaluación diagnóstica que contribuya a la prevención del riesgo suicida y que disminuya el comportamiento suicida.

Preguntas de Investigación

1. ¿Cuáles son las propiedades psicométricas de las versiones originales de los instrumentos de la TPIS (Cuestionario de Necesidades Interpersonales, Escala de Capacidad Adquirida para el Suicidio y Escala de Eventos Causales de Dolor) aplicadas a población mexicana?
2. ¿Existe relación entre las variables Percepción de ser una carga para los demás, Pertenencia no lograda, Capacidad Adquirida y Ausencia de miedo a la muerte, Eventos Causales de Dolor, Impulsividad y Desesperanza?
3. ¿Son sensibles al cambio las escalas de la TPIS en individuos con riesgo suicida?

4.2. Objetivos

Objetivo general

Adaptar y aportar evidencias de confiabilidad y validez de las escalas de la Teoría Psicológica Interpersonal del Suicidio en jóvenes Mexicanos.

Objetivos específicos

1. Desarrollar la propuesta de adaptación y validación de las escalas de la TPIS.
2. Conocer la relación entre los instrumentos de la TPIS y algunas variables relacionadas con la conducta suicida, a saber, impulsividad, intento suicida y desesperanza.
3. Identificar la sensibilidad al cambio de las escalas de la TPIS en adolescentes tratados con una intervención basada en Terapia Dialéctica Conductual por riesgo suicida.

4.3. Adaptación de instrumentos de evaluación

Los teóricos Van de Vijver y Leung (1997), establecieron tres niveles de adaptación de las pruebas psicológicas: traducción, adaptación y ensamble. Para este estudio se utiliza el segundo nivel, la adaptación de instrumentos, que consiste, entre otros aspectos, en agregar ítems al instrumento que reflejan mejor el constructo en la población objetivo de la versión adaptada. Este nivel permite la eliminación de ítems cuando el proceso de validación así lo requiere.

Otro aspecto importante en el proceso de adaptación y validación es la confiabilidad del test. La confiabilidad en sentido amplio, es la exactitud la precisión con que un instrumento de medición mide el objeto (Aragón, 2004). También, el concepto de confiabilidad se refiere a la consistencia de las puntuaciones obtenidas por las mismas personas cuando se las examina en distintas ocasiones con el mismo test, reactivos equivalentes u otras condiciones de examinación (Anastasi & Urbina, 1998). A continuación se muestran las medidas de confiabilidad usadas en el estudio.

Un método que cabría destacar es el usado en este estudio, el Coeficiente Alfa de Cronbach (Cronbach, 1951), que expresa la fiabilidad del test en función de su consistencia interna. El criterio para determinar cuáles valores para alfa son aceptables, depende tanto del juicio del investigador, como de la naturaleza del constructo que se está midiendo y la población específica bajo estudio.

Si es una prueba que se usa para investigación o diagnóstico, algunos autores como Nunnally y Bernstein (1994) consideran que un alfa mayor o igual a 0.70 sería suficiente. La confiabilidad depende, principalmente, de dos factores: la correlación promedio entre los ítems del instrumento y el número de ítems que contenga este. Cuanto más grande sea la correlación promedio entre los reactivos o cuanto mayor sea el número de ítems, menor será el error de medición y, por tanto, más alta será la confiabilidad (Zuñiga-Brenes, 2007).

Si se tiene un alfa de 0.80 en un test; esto significa que el 80% de la prueba se debe a la puntuación verdadera de un rasgo medido en una persona y el 20% se refiere al error de medición. Asimismo, en sujetos que puntúan alto en el atributo, estos de manera individual

puntarán alto en los reactivos que tienden a medir dicho atributo y puntarán bajo en los que no lo miden, siendo así consistentes los reactivos entre sí en la evaluación del atributo a evaluar (Aragón, 2004). Por lo tanto, las correlaciones de consistencia interna, se basan en reactivos o en subtest que son medidas de homogeneidad. Esto contribuye a caracterizar al área de conducta o rasgo que muestrea (Anastasi & Urbina, 1998).

Asimismo, en este estudio se utilizó la correlación entre dos aplicaciones del mismo test a una muestra de personas, conocida como test-retest. Es necesario que esta última medición asegure que si se presentan cambios en la variable de interés, se debieron al paso del tiempo (por ejemplo, la hora del día o debido al desarrollo) y no al instrumento de medición. En este caso, los mismos sujetos responden a dos administraciones diferentes de la misma prueba, se espera que la variable no cambie con el transcurso del tiempo, la correlación entre los puntajes obtenidos tendrá que ser alta (Cohen & Swerdlik, 2005).

Por otra parte, existen tres métodos para recabar información empírica probatoria de validez. Se denominan validez de contenido, predictiva y de constructo (Anastasi, 1986; Messick, 1989; Muñiz, 1994; Paz, 1996). A continuación se mencionan los tipos de validez usados para este estudio. La validez de contenido. Tiene un carácter básico, va encaminada a comprobar que la prueba recoge una muestra representativa de los contenidos correspondientes al campo evaluado. Es decir, en este tipo de validez se garantiza que los resultados del sujeto en la prueba, se puedan generalizar al universo de contenido que la prueba representa (Aragón, 2004). El método clásico para obtener este tipo de validez es el análisis por jueces expertos.

Otro tipo de validez es la de criterio, que puede ser concurrente o predictiva, y se refiere a que la medida obtenida por un sujeto en la prueba nos va a ayudar a predecir, en el tiempo presente o a futuro, un comportamiento, es la eficacia de un test en la predicción de situaciones específicas; se compara la actuación del sujeto en un test con un criterio, con una medida directa e independiente de lo que está destinado a medir; debe existir evidencia de que hay una relación entre las puntuaciones del test y las del criterio (Aragón, 2004).

De esta manera, las relaciones temporales entre el criterio y la prueba permiten diferenciar la validación concurrente y la predictiva. La validez predictiva permite anticiparse sobre un intervalo y la información que proporciona es muy pertinente para el diagnóstico. Además, este tipo de validez constituye un aspecto clave en la utilización aplicada de los test y las escalas en ámbitos en los cuales se toman decisiones importantes para las personas basándose en las pruebas, por ejemplo situaciones de carácter clínico, por citar algunos (Muñiz, 1994).

Por otra parte la validez de constructo de un instrumento es el grado cuando puede afirmarse que mide un constructo o rasgo teórico (Anastasi & Urbina, 1998). Fue propuesta por (Cronbach & Meehl, 1955), trata de asegurar que las variables o constructos medidos, además de capacidad predictiva, tengan entidad y se encuentran insertas dentro de un marco teórico coherente. Así, se validan las cualidades, rasgos psicológicos que mide el test. Se valida no solo el rasgo sino la teoría sobre la que este descansa; esto implica que el instrumento mide un constructo o rasgo teórico derivado de toda una teoría psicológica, subyacente al instrumento de medición y a la medida misma (Aragón, 2004).

Los métodos usados para obtener esta validez son el análisis factorial exploratorio (AFE) y el análisis factorial confirmatorio (AFC). El primero, fue desarrollado como un medio para identificar rasgos psicológicos, en esencia es una sofisticada técnica estadística para analizar las interrelaciones de los datos conductuales. Una vez que los factores han sido identificados, sirven para describir la composición factorial de las pruebas. (Anastasi & Urbina, 1998). Además, El AFE de los ítems se fundamenta en técnicas estadísticas de análisis multivariados, diseñadas para investigar la estructura o las dimensiones básicas de un conjunto de variables que representan una cantidad de atributos identificados en un conjunto menor de constructos o variables.

Por otro lado, el AFC examina las relaciones causales entre las variables observadas y los constructos latentes (factores). Comienza con un modelo teórico plausible que se supone describe, explica o da cuenta de los datos empíricos. La construcción del modelo se basa ya sea en una información anterior acerca de la naturaleza de la estructura de los datos o en teorías sustantivas en el campo. En tal forma, las variables se limitan a pesar solamente en uno o unos pocos factores (Richaud, 2008). Se han desarrollado estos dos tipos de análisis dependiendo de la

meta a lograr que puede ser detectar fuentes de variación o examinar hipótesis acerca de una estructura conceptual (Martínez-Arias, 1996).

Capítulo 5. Estudio 1. Traducción y estudio piloto

5.1. Método

5.1.1. Participantes

Para el piloteo fueron 250 estudiantes de licenciatura con edades de 18 a 30 años elegidos por conveniencia de forma no probabilística.

5.1.2. Instrumentos

El Cuestionario de Necesidades Interpersonales (Interpersonal Needs Questionnaire Van Orden, Cukrowicz, Witte, & Joiner, 2012). Contiene 15 ítems: nueve miden pertenencia no lograda (por ejemplo, "En estos días otras personas se preocupan por mí", invertido), y cinco ítems miden la percepción de ser una carga para los demás (por ejemplo, "En estos días me siento como una carga para la gente en mi vida"). Al completar la escala, indicaron el grado en que cada ítem es verdad para los participantes recientemente (en una escala Likert de 7 puntos). Las puntuaciones se codificaron de tal manera que los números más altos reflejaron niveles más altos de pertenencia no lograda y percepción de ser una carga para los demás. Se encontraron coeficientes de consistencia interna para los ítems de pertenencia $\alpha = .85$ y los elementos de la percepción de ser una carga para los demás $\alpha = 0,89$.

La Escala de Capacidad Adquirida del Suicidio - falta de miedo a morir - (Acquired Capability Suicide Scale Ribeiro y otros, 2014), es una escala de siete ítems diseñada para evaluar la propia intrepidez para auto lesionarse. Se les pidió a las personas a evaluar cada elemento en una medida de 1 (nada como yo) a 5 (muy como yo). La escala tuvo un alfa de Cronbach de $\alpha = 0,83$. A mayor puntuación en la escala mayor capacidad adquirida.

5.1.3. Procedimiento

Para la recopilación y análisis de los datos se usaron los instrumentos CNI y ECAS. Se pidió permiso a las autoridades escolares para la aplicación. En seguida se les explicó a los alumnos del estudio y se les pidió que firmaran consentimiento informado. Después, se entregaron las dos escalas y las contestaron, tardaron aproximadamente 20 minutos. Después se analizaron los datos con alfa de Cronbach, AFE para encontrar evidencias de confiabilidad y validez.

5.1.4. Análisis de datos

Análisis de confiabilidad un estudio de consistencia interna a través del alfa de Cronbach.

Análisis de validez de constructo: AFE.

5.2. Resultados

Los datos sociodemográficos de la muestra fueron los siguientes: La edad mínima de 18 años y la máxima de 30 años. La media de 21 años con una desviación estándar de dos años. El 56.7% eran hombres y el 43.3% Mujeres. El 15% pertenecían al segundo semestre, el 47% estaban en cuarto semestre, el 17% eran de sexto semestre y el 21% cursaban el octavo semestre.

Análisis Factorial Exploratorio del Cuestionario de Necesidades Interpersonales

Pruebas de Kaiser, Meyer Olkin y Bartlett

Para la pruebas de factorización al utilizar los reactivos de la escala original la KMO obtuvo .84 y en Bartlett 1698.392 con significancia estadística $p < 0.05$. Al quitar reactivos 9,11 y 12 por pesos factoriales de .19, .06 y .15, la KMO fue de .85 y la Bartlett 1481.958 con significancia estadística $p < 0.05$. Ésta última presentando ligeramente mejores indicadores de factorización.

Varianza Explicada

El CNI validado cuenta con dos dimensiones, la percepción de ser una carga para los demás y pertenencia no lograda, que explican el 62% de la varianza.

Matriz factorial

El ítem nueve se eliminó porque tenía peso factorial de .19, el ítem once de .06 y el ítem doce de .15. El factor uno muestra una distribución de los reactivos como lo propone la escala original, seis reactivos para la percepción de ser una carga para los demás. El factor dos, pertenencia no lograda, muestra una distribución de los reactivos de la misma forma que la escala original aunque con la eliminación de ítem nueve; Estos días raramente interactué con gente que se preocupa por mí; ítem once; Estos días, me siento desconectado/a de otros y doce; Estos días, a menudo me siento como un extraño en las reuniones sociales queda con seis ítems. Las cargas

factoriales de cada dimensión son adecuadas siendo solamente un poco más baja en el reactivo siete .54.

Confiabilidad medida como consistencia interna del Cuestionario de Necesidades Interpersonales (piloteo).

Los ítems que pertenecen a la dimensión pertenencia no lograda son 7,8,10,13,14,15, con un alfa de Cronbach alto de ($\alpha = .87$); Los ítems de la dimensión percepción de ser una carga para otros son 1,2,3,4,5,6, con un alfa de Cronbach de ($\alpha = .88$). (ver tabla 2).

Tabla 2. *Correlación reactivo total del CNI reportado por Silva (2013) y lo encontrado en muestra Mexicana.*

Ítem	Redacción del reactivo	Datos Silva (2013)	Total piloteo N = 250	Muestra Hombres N= 143	Muestra Mujeres N=107
1	Estos días, la gente en mi vida estaría mejor si yo no estuviera aquí	.73	.78	.52	.52
2	Estos días, la gente en mi vida sería más feliz sin mí	.75	.78	.56	.40
3	Estos días, pienso que soy una carga para la sociedad	.60	.75	.54	.52
4	Estos días, pienso que mi muerte sería un alivio para la gente en mi vida	.56	.77	.53	.41
5	Estos días, pienso que la gente en mi vida desearía poder deshacerse de mí	.54	.75	.48	.33
6	Estos días, pienso que yo empeoro las cosas para la gente en mi vida	.67	.69	.41	.41
7	Estos días, otras personas se preocupan por mí	.63	.50	.19	.34
8	Estos días, siento que pertenezco	.82	.69	.46	.54
9	Estos días, raramente interactué con gente que se preocupa por mí	.36	.19	.01	.03
10	Estos días, soy afortunado/a en tener muchos amigos que se preocupan por mí y me apoyan	.71	.72	.56	.63
11	Estos días, me siento desconectado/a de otras personas	.69	.06	.28	.22
12	Estos días, a menudo me siento como un extraño en las reuniones sociales	.63	.15	.44	.29
13	Estos días, siento que hay gente a la que yo puedo acudir en tiempos de necesidad	.64	.82	.60	.60
14	Estos días, estoy cerca a otra gente	.72	.78	.63	.60
15	Estos días, tengo por lo menos una interacción satisfactoria cada día	.63	.80	.57	.76

INQ = Interpersonal Needs Questionnaire

Análisis factorial exploratorio de Escala de Capacidad Adquirida - Ausencia de miedo a morir.

Se realizaron las pruebas de KMO y las pruebas de esfericidad de Bartlett para saber si los datos son factorizables en la ECAS. Los resultados señalan que el KMO es 0.70 y la prueba de esfericidad es significativa $p < 0.05$. También, usando el método de máxima verosimilitud arroja dos dimensiones que explica el 60% de la varianza.

Pruebas de Kaiser Meyer Olkin y Bartlett

Para la prueba de factorización al utilizar los reactivos de la escala original (20 reactivos: 1 reactivo mide tolerancia al dolor; siete reactivos falta de miedo a morir y los restantes miden eventos causales de dolor). La KMO obtuvo $.768$ y en Bartlett 1288.803 con significancia estadística $p < 0.05$. Al usar la versión de siete ítems la KMO obtuvo $.702$ y en Bartlett 375.961 con significancia estadística $p < 0.05$ (siete ítems miden falta de miedo hacia la muerte). Aunque refleja con mayor precisión el contenido de la escala no tiene mejores indicadores de factorización.

Varianza Explicada

La ECAS en su versión validada cuenta con un factor único (ausencia de miedo a morir). La carga factorial de la dimensión es adecuada siendo solamente un poco más baja en el ítem siete ($.538$). El alfa de Cronbach total es de ($\alpha = .76$, ver tabla 3).

Tabla 3. *Correlación reactivo total de la ECAS reportada por (Ribeiro y otros, 2014) y lo encontrado en la muestra Mexicana.*

Reactivo	Redacción del reactivo	Datos Ribeiro y otros	Total México N = 250	Muestra Hombres N= 143	Mujeres N=107
1	El hecho que voy a morir no me afecta.	.57	.53	.32	.54
2	El dolor involucrado en morir me asusta.	.52	.59	.43	.37
3	Yo tengo mucho miedo de morir.	.79	.75	.31	.26
4	No me pone nervioso/a cuando la gente habla de la muerte	.44	.77	.53	.50
5	El prospecto de mi propia muerte me produce ansiedad	.71	.75	.29	.29
6	No me molesta que la muerte sea el final de la vida como la conozco.	.39	.69	.64	.39
7	No me da nada de miedo morir.	.74	.50	.31	.39

ECAS = Escala de Capacidad Adquirida del Suicidio.

5.3. Discusión

Esta adaptación es el primer estudio para probar las hipótesis de la TPIS (Joiner, 2009). Los análisis de confiabilidad y validez del CNI, ECAS y EECD son consistentes con los encontrados en las escalas originales. Se agrega un estudio de confiabilidad medido como estabilidad temporal que no presentan las escalas originales. De la misma forma, las versiones adaptadas presentan modificaciones a la redacción de ítems y funcionan con adolescentes, aunque no son versiones específicas para adolescentes. El CNI, señala dos factores como la escala original, aunque se eliminan tres ítems por carga factorial baja arrojadas en los análisis. Asimismo, el modelo original tiene ítems con cargas factoriales bajos por la redacción en inverso de los mismos (Van Orden, Cukrowicz, Witte, & Joiner, 2012; p. 205, Tabla 5).

Por otro lado, la ECAS validada es el primer estudio en México que analiza tanto la versión original como la reducida. Se encuentra que la versión reducida refleja mejor el contenido que la escala original como lo muestra el estudio para la versión reducida y aporta mejor consistencia de un factor en el modelo (Ribeiro y otros, 2014). El estudio citado sugiere diferencias en la percepción del miedo a morir en cuanto al género. Señalan mayores puntuaciones de intrepidez en los hombres. En la validación no se encontraron diferencias marcadas a este respecto. Sin embargo, se recomienda analizar el constructo en poblaciones diversas. También, se reflejan mejores indicadores en el modelo si en el factor único se separan ítems positivos y negativos. Asimismo, se adiciona un ítem presentando adecuadas propiedades psicométricas en los análisis.

Además, la EECD mide los eventos causales de dolor, un elemento clave para desarrollar la capacidad adquirida del suicidio (Joiner, 2005). Un estudio señala que la EECD no tiene un análisis de validez de constructo (Wachtel, y otros, 2014). Sin embargo, la versión validada presenta adecuadas propiedades psicométricas en las muestras estudiadas. El estudio arroja evidencias de confiabilidad (pese a que se agregaron cinco ítems para la adaptación cultural), medida como estabilidad temporal por primera vez desde su creación.

Se aportan evidencias de validez de contenido por un procedimiento de jueces expertos y evidencias de validez de constructo mediante el AFE, esto muestra que la escala es factorizable. Aun así, no se confirmaron los análisis exploratorios con el modelo teórico de la TPIS. Lo que confirma lo señalado en estudios previos. Finalmente, faltan evaluaciones psicométricas

exhaustivas de la EECD hasta la fecha, así como, cuestiones relativas a la idoneidad de la medida en general (Bender T. , Gordon, Bresin, & Joiner, 2011; Ribeiro y otros, 2014). Esto ultimo se sugiere para estudios futuros.

Capítulo 6. Estudio 2. Evidencias de validez de constructo

6.1. Método

6.1.1. Participantes

Para la versión adaptada y validada fueron 606 estudiantes de secundaria y preparatoria elegidos por conveniencia de forma no probabilística.

6.1.2. Instrumentos

Se utilizan las escalas del estudio uno pero se agregan otras que se describen a continuación. La Escala de Eventos Causales de Dolor, (Painful provocative events scale Van Orden, Witte, Gordon, Bender, & Joiner, 2008). Es un auto informe de 26 ítems, solicita a la persona que informe el número de veces que experimentó ciertos eventos, (deporte de contacto, si tiene perforaciones, disparó un arma, si ha herido intencionalmente animales, participó en peleas físicas, si ha saltado desde lugares altos), que la TPIS propone podría conducir a la capacidad adquirida para el suicidio. El coeficiente alfa para la Escala de Eventos Causales de Dolor fue de $\alpha = .90$.

Cédula de Indicadores Para suicidas (González-Macip, Díaz, Ortiz, González-Forteza, & González-Núñez, 2000). Diseñada para conocer los indicadores de riesgo suicida, a saber, autolesión e intentos suicidas. Esta cédula (dos preguntas particularmente) se utilizaron como prueba de referencia para medir el Intento suicida.

Escala de Impulsividad (Climent, Aragón, & Plutchick, 1989). Evalúa las Conductas arriesgadas que ponen en peligro el bienestar propio o de los demás, llevadas a cabo, sin evaluar cognitivamente las consecuencias de sus actos. Se utilizaron cinco reactivos que evalúan impulsividad y forman parte de la Escala de Riesgo de Uso de Drogas. Fue validada en población adolescente mexicana por (González-Forteza, Mariño, Rojas, Mondragón, & Medina-Mora, 1998). Los ítems tienen formato de respuesta que indica qué tan seguido el estudiante hace cosas impulsivamente: 1=Nunca, 2=A veces, 3=Muchas veces, 4=Siempre; donde a más puntaje, mayor nivel de impulsividad. El alfa de Cronbach es de $\alpha = .70$.

Escala de Desesperanza de Beck. Adaptada para población mexicana por Méndez-Sánchez, Hermosillo-de la Torre, Palacios y Sahagún, (2012, no publicado). Evalúa el sistema de esquemas cognitivos, es decir, las expectativas negativas sobre el futuro, se conforma por 20 reactivos dicotómicos (falso verdadero) que se puntúan con 1 y 0 para referir a la existencia o no de desesperanza. La escala mostró alta consistencia interna $\alpha = 0.86$. Esta escala evalúa una variable asociada con el riesgo suicida (Hermosillo-De la Torre, Vacio Muro, Méndez-Sánchez, Palacios Salas, & Sahagún Padilla, 2015).

6.1.3. Procedimiento

Se acudió a la escuela para pedir autorización a los directivos escolares para la aplicación. Se les explicó del estudio a los estudiantes y firmaron consentimiento informado. Se les aplicaron las escalas y tardaron aproximadamente 30 minutos en contestarlas. Después se analizaron los datos con *r* de Pearson para encontrar correlaciones.

Asimismo, se pidió a cinco jueces expertos en suicidio que determinaran la pertinencia de las preguntas y verificaran que fueran entendibles para población Mexicana. También se les solicitó que calificaran los reactivos de las escalas e indicaran las dimensiones que mide según la teoría. Además, se les solicito que dieran sugerencias de ítems que consideraran podrían añadirse para enriquecer las escalas, tomando en cuenta la cultura local. Finalmente, se pidió a 30 estudiantes bilingües de 3 y 7 semestre que contestaran las pruebas en inglés y se les mostraron las traducciones de las escalas en español, se solicitó que hicieran sus comentarios sobre la traducción de los ítems de las escalas (traducción directa).

Después del piloteo y jueces expertos se solicitó a 606 estudiantes que aplicaran las escalas ya ajustadas con algunos ítems adaptados más los nuevos reactivos integrados. Se hicieron las pruebas test retest, para medir estabilidad temporal, α de Cronbach para medir consistencia interna como confiabilidad. Se realizó un AFE y AFC para la evidencia de validez.

6.1.4. Análisis de datos

Análisis de confiabilidad medido como estabilidad temporal mediante un test retest.

Análisis de confiabilidad un estudio de consistencia interna a través del alfa de Cronbach

Estudio de correlación de Pearson.

Análisis de validez de contenido por el procedimiento de jueces expertos.

Análisis de validez de constructo: AFE y AFC.

6.2 Resultados

Los datos sociodemográficos de la muestra fueron los siguientes: La edad mínima de 12 años y la máxima de 21 años. La media de 15 años con una desviación estándar de dos años. El 46% eran hombres y el 54.3% Mujeres. El 61% pertenecían a la secundaria, el 39% estaban en preparatoria.

Jueces expertos

Para conocer los porcentajes de cada reactivo de la ECAS se utilizó un procedimiento de validación por juicio de expertos. Asimismo, se sugiere para la ECAS la siguiente afirmación para ampliar la propuesta de adaptación y validación: 8.- *Acepto sin temor mi propia muerte*. Esta inclusión se respaldó con un análisis factorial exploratorio que presenta buenos ajustes al agregar el reactivo. De ahí que, para conocer la confiabilidad medida como consistencia interna se hizo un procedimiento de alfa de Cronbach. Los resultados señalan un nivel de confiabilidad de la escala de $\alpha = .78$; se realizaron las pruebas de KMO y las pruebas de esfericidad de Bartlett para saber si los datos son factorizables con el reactivo agregado a la escala. Los resultados señalan que el KMO = .80 y la prueba de esfericidad es significativa $p < 0.05$.

Usando el método de máxima verosimilitud arrojan dos dimensiones que explican el 64% de la varianza. El ítem ocho que fue agregado tiene una carga factorial de .61.

Para conocer los porcentajes de cada reactivo del CNI se utilizó un procedimiento de validación por juicio de expertos.

Para conocer los porcentajes de cada reactivo de la EECD se utilizó un procedimiento de validación por juicio de expertos. Se presentan los resultados que cinco jueces expertos asignaron a los ítems de la escala, estos señalan calificaciones óptimas a los ítems en general.

Asimismo, para la adaptación del instrumento en México se sugiere agregar algunas cuestiones causales de dolor, como los accidentes en el hogar. (Ver tabla 4).

Tabla 4 Ítems agregados para adaptación cultural de EECD.

¿He padecido o padezco una enfermedad que me provoca dolor intenso?
¿He padecido o padezco una enfermedad que me provoca dolor crónico?
¿He tenido accidentes en el hogar que ameriten atención médica?
¿He tenido accidentes en el hogar que me han provocado dolor por varios días?
¿Mi trabajo o actividad principal provoca dolor físico, en ocasiones?

EECD = Escala de Eventos Causales de dolor.

Esta inclusión de ítems se respaldó con un análisis factorial exploratorio que presenta adecuado ajuste. De ahí que, para conocer la confiabilidad medida como consistencia interna se aplicó un procedimiento de alfa de Cronbach. Los resultados señalan un nivel de confiabilidad por medio del alfa de Cronbach alto de $\alpha = .86$. Asimismo, se realizaron las pruebas de KMO y las pruebas de esfericidad de Bartlett para saber si los datos son factorizables con los ítems agregados. Los resultados señalan un KMO = $.634$ y la prueba de esfericidad es significativa $p < 0.05$. Los resultados usando el método de máxima verosimilitud arrojan ocho dimensiones que explican el 62% de la varianza. Los ítems agregados tienen correlaciones ítem/total adecuados que van de $r = .34$ a $r = .95$.

Jueces bilingües

Para conocer la validez de contenido medida como jueces expertos se aplicaron los instrumentos a validar a una muestra de 29 estudiantes bilingües. La edad mínima es de 19 años y la máxima de 28 años. La media es de 22 años con una desviación estándar de dos años. El 21% eran hombres y el 79% Mujeres. El 41% de cuarto semestre y el 59% de séptimo semestre de la carrera Enseñanza del Inglés. Los resultados que los expertos bilingües comentaron son los siguientes: “*Son muy buenas las preguntas*”. (IADP, 23 años, hombre); “*Me parecen muy interesantes estas pruebas*”. (CT, 22 años, mujer). En general en los dos grupos no encontraron ningún cambio semántico en las preguntas de las escalas en inglés o español; comentaron que las traducciones a los ítems son adecuadas.

Relación entre variables de riesgo suicida

Para conocer la asociación entre variables de riesgo suicida se utilizó el coeficiente de Pearson. Para comenzar, se encontró relación entre la capacidad adquirida del suicidio y los eventos causales de dolor $r = 359, p < 0.05$; capacidad adquirida del suicidio y la impulsividad $r = 331, p < 0.05$. La segunda relación es entre la percepción de carga, pertenencia no lograda y la impulsividad $r = 343, p < 0.05$. Finalmente, se encontró relación entre los eventos causales de dolor y la impulsividad $r = 595, p < 0.05$; también entre los eventos causales de dolor y desesperanza $r = 313, p < 0.05$. (Ver tabla 5).

Tabla 5. *Correlaciones de variables de riesgo suicida.*

Escala	EECD	CNI	EI	EDB
ECAS	,359**	0,022	,331**	-0,009
CNI	0,022	1	,343**	-0,006
EECD	1	,268*	,595**	,313**
EI	,331**	,343**	1	,313**

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

*.La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral).

ECAS = Escala de Capacidad Adquirida del Suicidio.

CNI = Cuestionario de Necesidades Interpersonales.

EECD = Escala de Eventos Causales de Dolor.

EI = Escala de Impulsividad.

EDB = Escala de Desesperanza de Beck.

Asimismo, se encontraron relaciones significativas entre los ítems de percepción de carga hacia otros y los intentos de suicidio $r = .501, p < 0.05$; $r = .412, p < 0.05$; $r = .393, p < 0.05$; $r = .550, p < 0.05$; $r = .413, p < 0.05$. (Ver tabla 6).

Tabla 6. *Correlación de ítems de la percepción de carga hacia otros y los intentos de suicidio.*

<i>Escala</i>	<i>NI1</i>	<i>NI2</i>	<i>NI3</i>	<i>NI4</i>	<i>NI5</i>	<i>NI6,</i>
CIP 1	,501**	,412**	,393**	,550**	,413**	.215*

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

*.La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral)

CIP = Cedula de Indicadores Parasuicidas.

Versión final de las escalas adaptadas y validadas de la Teoría Psicológica Interpersonal del Suicidio

Confiabilidad medida como estabilidad temporal por el método test retest del Cuestionario de Necesidades Interpersonales

Para conocer la confiabilidad medida como estabilidad temporal se usó el método test retest en el Cuestionario de Necesidades Interpersonales. Los resultados señalan una *r de Pearson* = .66 a un mes, $p < 0.05$. (Ver tabla 7).

Tabla 7. Test retest a un mes del CNI adaptado y validado.

Escala	CNI pre	CNI post
CNI pretest	1	,656**
CNI postest	,656**	1

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

CNI = Cuestionario de Necesidades Interpersonales.

Para conocer la confiabilidad medida como consistencia interna se realizó el análisis alfa de Cronbach. Los resultados encontrados son un alfa de Cronbach alta de ($\alpha = .80$). Para la prueba de factorización al utilizar la versión adaptada con doce reactivos (6 ítems miden percepción de ser una carga para otros; seis ítems miden pertenencia no lograda). La KMO obtuvo .853 y en Bartlett 2978.533 con significancia estadística $p < 0.05$. El CNI en su versión adaptada cuenta con dos dimensiones que explican el 62% de la varianza (Percepción de ser una carga para los demás y Pertenencia no lograda). Esto indica que los datos son factorizables. Además, la escala adaptada tiene mejores indicadores de factorización que la original.

Los dos factores del CNI muestran una distribución de los ítems como lo propone la escala original, pero con la diferencia de que la dimensión pertenencia no lograda queda con menos reactivos (6 en lugar de 9). La carga factorial de la dimensión es adecuada siendo solamente un poco más baja en el reactivo 7 (.56).

Análisis factorial confirmatorio CNI

Índices de ajuste de modelos evaluados

Se probaron dos modelos. El primer modelo fue con el CNI original que presenta dos factores. El segundo modelo que se probó fue la versión validada del CNI que presenta dos factores pero se eliminaron tres ítems (9, 11, 12) por peso factorial bajo (.19, .06, .15). (Ver tabla 8).

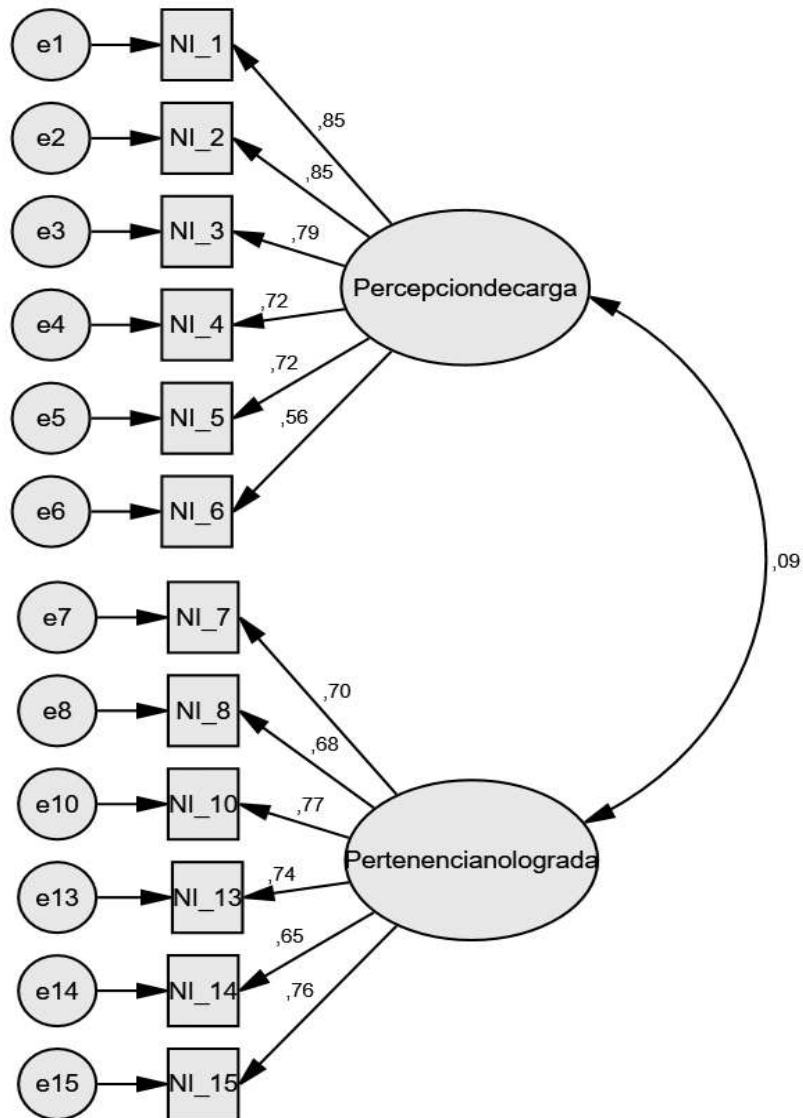
Tabla 8. *Índices de ajuste de modelos del CNI del piloteo y versión validada.*

Índices de ajuste		Modelo original del CNI	Versión adaptada y validada
	X2=CMIN	277.639	207.339
Índices de ajuste absoluto	DF		
	(CMIN/DF= X2/gl)	75 3.702	53 3.912
	GFI	.863	.943
	AGFI	.808	.916
	RMR	.281	.195
	RMSEA	.106	.069
Índices de ajuste incremental	PGFI	.616	.641
	NFI	.837	.692
	TLI	.847	.683
	CFI	.874	.745
	IFI	.875	.751

*Se quitó el ítem 9,11 y 12 por carga factorial baja.

Se observaron mejores indicadores de ajuste en el modelo validado del CNI en los índices de ajuste absoluto pero no en los índices de ajuste incremental. (Ver figura 2).

Figura 2 Modelo del CNI que tuvo un mejor ajuste en validación indicando los pesos factoriales y la correlación que entre las dimensiones de esta escala va de .56 a .85.



Los coeficientes de confiabilidad fueron aceptables y se especifican los ítems que pertenecen en cada dimensión. Los ítems de la dimensión pertenencia no lograda son (7,8,10,13,14,15), con un alfa de Cronbach alto de ($\alpha = .85$). Mientras que los ítems de la dimensión percepción de carga para otros son (1, 2, 3, 4, 5, 6), con un alfa de Cronbach alto de ($\alpha = .86$).

Para conocer la confiabilidad medida como estabilidad temporal en la ECAS se usó el método test retest a un mes. Los resultados señalan una *r de Pearson* = .24 a un mes, $p < 0.05$. (Ver tabla 9).

Tabla 9. *Test retest a un mes de ECAS validada.*

Escala	ECAS_pretest	ECAS_postest
ECAS pretest	1	.241**
ECAS postest	.241**	1

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

ECAS = Escala de Capacidad Adquirida del Suicidio.

Para conocer la confiabilidad medida como consistencia interna para la ECAS validada se realizó el análisis alfa de Cronbach. Los resultados encontrados son un alfa de Cronbach adecuada de ($\alpha = .76$). Además, para la prueba de factorización al utilizar la versión adaptada con ocho reactivos (tres ítems miden miedo a morir; cinco ítems miden ausencia de miedo a morir). La KMO = .737, Bartlett 915.254, $p < 0.05$. Esto sugiere que los datos de la escala son factorizables.

La varianza explicada de la ECAS en su versión adaptada cuenta con una dimensión (ausencia/presencia de miedo a morir) que explica el 60% de la varianza. Esto indica que los datos son factorizables. Los dos factores de la escala mostraron una distribución de los reactivos como lo propone la escala original. La carga factorial de las dimensiones es adecuada siendo solamente un poco más baja en el ítem cuatro (.449).

Análisis factorial confirmatorio ECAS

Índices de ajuste de modelos evaluados

Se probaron dos modelos. El primero se basó en la dimensión falta de miedo a morir, separando ítems positivos (7, 11, 14, 19) y los ítems negativos (8, 10, 13). El segundo modelo fue idéntico al primero solo se le agrego un ítem y es la versión adaptada y validada por lo que quedo con ocho. Los ítems positivos (1, 4, 6, 7) y los ítems negativos (2, 3, 5). (Ver tabla 10).

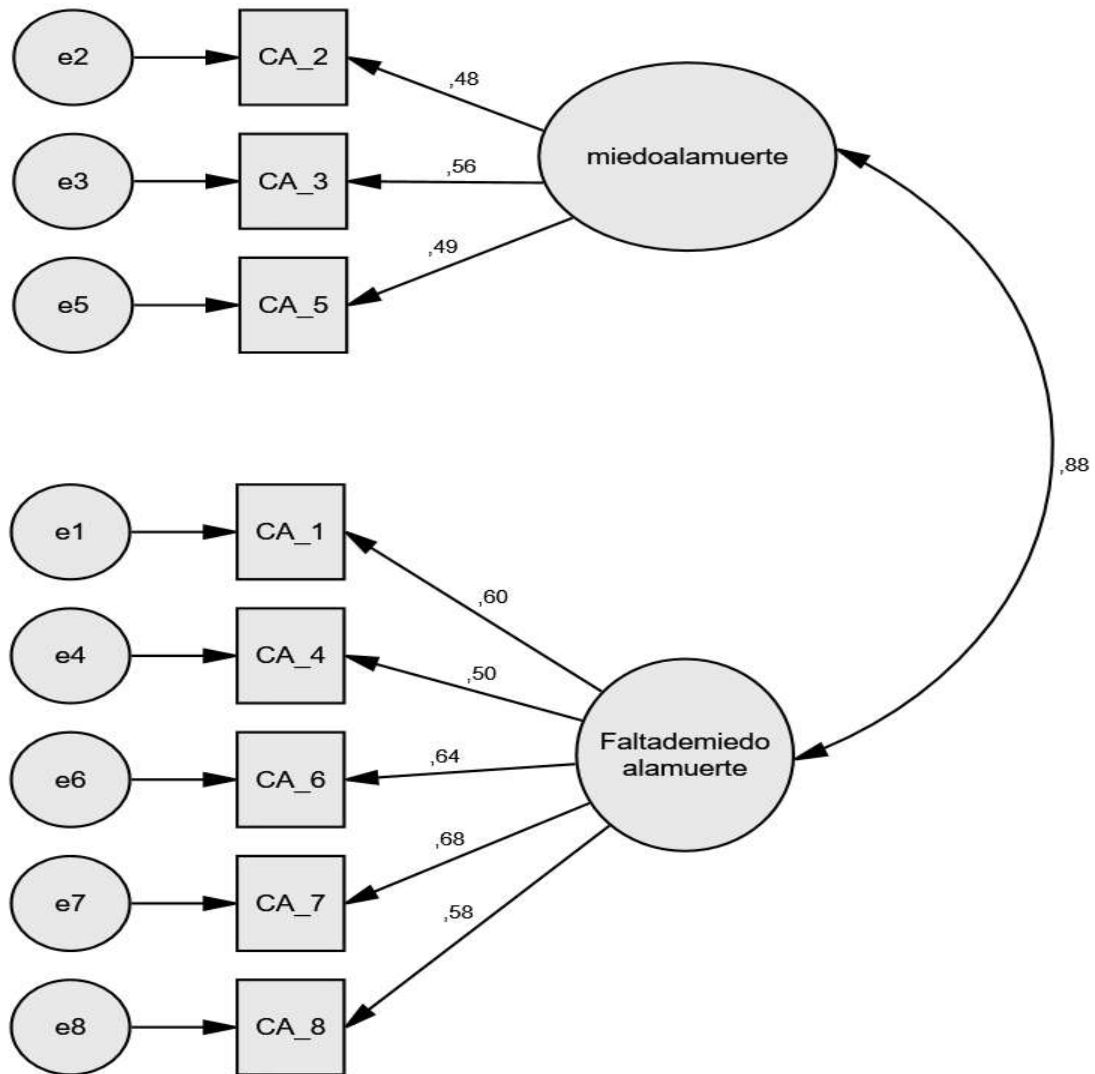
Tabla 10. *Índices de ajuste de modelos de ECAS versión reducida y versión validada.*

	Índices de ajuste	ECAS ítems positivos y negativos	Versión validada ECAS
	X ² =CMIN	42.314	52.869
	(CMIN/DF= X ² /gl)	13 3.255	19 2.783
Índices de ajuste absoluto	GFI	.953	.978
	AGFI	.900	.959
	RMR	.128	.051
	RMSEA	.097	.054
	PGFI	.419	.516
Índices de ajuste incremental	NFI	.889	.786
	TLI	.868	.772
	CFI	.919	.845
	IFI	.920	.851
ECAS = Escala de Capacidad Adquirida del Suicidio			

ECAS = Escala de Capacidad Adquirida del Suicidio.

Se observan mejores indicadores de ajuste en el modelo de la versión validada de la ECAS tanto en los índices de ajuste absoluto pero no en los índices de ajuste incremental. Se incluyen los siete reactivos de la versión reducida y un ítem adicional agregado en la dimensión falta de miedo a la muerte (ítem 8, ver figura 3).

Figura 3. Modelo de Escala de Capacidad Adquirida que tuvo un mejor ajuste en adaptación y validación indicando los pesos factoriales y la correlación que entre las dimensiones de esta escala va de .48 a .68.



Los coeficientes de confiabilidad fueron aceptables y se especifican los reactivos que pertenecen a cada dimensión. Para el factor miedo a morir los ítems (2, 3, 5) con un alfa de Cronbach bajo de $\alpha = .51$. El factor falta de miedo a morir tiene los ítems (1, 4, 6, 7, 8), con alfa de Cronbach bajo de $\alpha = .60$. El alfa total es adecuado $\alpha = .76$.

Para conocer la estabilidad temporal en la EECD se usó el método test retest. Los resultados señalan una *r de Pearson* = .66 a un mes, $p < 0.05$. (Ver tabla 11).

Tabla 11. *Test retest a un mes de la EECD validada.*

Escala	EECD pretest	EECD posttest	EECD
EECD pretest	1	,656**	_ptpost
EECD posttest	,656**	1	,656**

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

EECD = Escala de Eventos Causales de Dolor.

Para conocer la confiabilidad medida como consistencia interna se realizó el análisis alfa de Cronbach. Los resultados encontrados son alfa de Cronbach alto de $\alpha = .84$. Para la prueba de factorización al utilizar la versión adaptada con 31 ítems la KMO = $.854$, Bartlett 3973.382 , $p < 0.05$. Los resultados usando el método de máxima verosimilitud arrojan ocho dimensiones que explican el 62% de la varianza. Los ítems agregados tienen nivel de confiabilidad desde $\alpha = .34$ a $.95$. Esto sugiere que los datos de la escala son factorizables.

6.3. Discusión

El objetivo del estudio es estudiar las relaciones entre las variables de la TPIS y variables relacionadas con el riesgo suicida. La percepción de ser una carga para otros se asocia con los intentos de suicidio previos en esta investigación. Este hallazgo es similar a varios estudios (Woznica & Shapiro, 1990; Brown, Dahlen, Mills, Rick, & Biblarz 1999; Van Orden, Lynam, Hollar & Joiner, 2006). No obstante, la TPIS supone que la percepción de ser una carga para otros y la pertenencia no lograda son constructos necesarios para desarrollar la ideación suicida (Joiner y otros, 2009; Van Orden y otros, 2010; Van Orden, Cukrowicz, Witte & Joiner, 2012).

Algunos investigadores señalan a la percepción de ser una carga como único predictor de la ideación suicida (Cero, Zuromski, Witte, Ribeiro, & Joiner, 2015) mientras que otros han informado que la pertenencia no lograda predice mejor la ideación suicida que la percepción de ser una carga (Van Orden, Witte, Gordon, Bender, & Joiner, 2008). Además, se encuentra que la percepción de ser una carga para los demás se relaciona con la impulsividad. Esta asociación no se encuentra en los estudios anteriores de la teoría interpersonal pero sí en estudios previos que asocian la impulsividad con el riesgo suicida (Bourgeois, 1991; Joiner, Walker, Rudd & Jobes, 1999; (American Association of Suicidology, 2009).

Por otra parte, se encuentra una asociación baja entre la ausencia de miedo a morir y la elevada tolerancia al dolor. Estudios de la teoría interpersonal asocian dicha relación de la tolerancia elevada al dolor con falta de miedo a morir (Bender, Gordon, & Joiner, 2007). Incluso, se ha encontrado relación de la capacidad adquirida del suicidio con intentos de suicidio (Van Orden, Witte, Gordon, Bender & Joiner, 2008), e ideación suicida (Van Orden, Witte, Gordon, Bender & Joiner, 2008; Davidson, Wingate, Rasmussen, & Slash, 2009). Esto es consistente con los hallazgos de esta tesis y con el argumento de Van Orden y colegas (Van Orden y otros, 2010).

Otra relación encontrada es de la ausencia de miedo a morir con la impulsividad. Estudios sugieren que la impulsividad tiene una relación indirecta con la capacidad adquirida para el comportamiento suicida, y que esta relación es mediada por eventos causales de dolor. Esto significa que las personas impulsivas tienden a tener una mayor capacidad adquirida para el

comportamiento suicida porque han experimentado más eventos causales de dolor en sus vidas (Bender, Gordon, Bresin, & Joiner, 2011).

Por último, se observan relaciones positivas entre los eventos causales de dolor con la falta de miedo a morir, impulsividad y desesperanza. La primera asociación se compara con un estudio que señala que la falta de miedo a morir se asocia modestamente con alta tolerancia al dolor (Ribeiro y otros, 2014). La segunda asociación es media y esperable como lo señala la TPIS. La impulsividad tiene relación con el suicidio en que las personas impulsivas a menudo hacen cosas provocadoras de dolor y con el tiempo se acostumbran al dolor, así desarrollan la capacidad adquirida del suicidio (Joiner, 2005).

Estas ideas son consistentes con el proceso oponente de Solomon (1974), teoría que establece que con la exposición repetida a estímulos previamente nocivos, estos efectos pueden retroceder, mientras que el efecto contrario de los estímulos se fortalece y amplifica (ya no se ven nocivos). Otro estudio muestra que evaluar eventos causales de dolor podría ser una parte importante de la evaluación del riesgo suicida e incluso más informativo que evaluar la impulsividad (Bender, Gordon, Bresin, & Joiner, 2011).

Se encuentra asociación entre los eventos causales de dolor y la desesperanza. La TPIS señala que la desesperanza, respecto a la percepción de carga y la pertenencia no lograda, es la variable mediadora entre la ideación suicida pasiva y la ideación suicida activa, por lo que activa el deseo suicida (Joiner, 2005). Aunque, una hipótesis contraria es proponer que la desesperanza hace que la persona se cierre a la ideación y el comportamiento suicida (Van Orden y otros, 2010).

Finalmente, se encuentra que las tres escalas de la Teoría Psicológica Interpersonal del Suicidio presentan estabilidad temporal a un mes con las siguientes correlaciones entre el pretest y el postest; CNI $r = 0.66$ a un mes, $p < 0.05$, ECAS $r = 0.24$ a un mes, $p < 0.05$, EECD $r = 0.66$ a un mes, $p < 0.05$. Este estudio de confiabilidad medido como estabilidad temporal no se presenta en ningún estudio previo de la teoría. Solo se señala que la percepción de ser una carga para otros y la pertenencia no lograda es una variable dinámica y multidimensional, por lo que pueden variar los niveles con el tiempo, las relaciones y la gravedad. Por ejemplo, un estudio de

autopsia psicológica de los pacientes con cáncer terminal que murieron por suicidio indicaron que la auto percepción de ser una carga para otros fue una característica clave que probablemente contribuyeron al deseo de suicidio (Filiberti y otros, 2001).

Más aun, este estudio refleja lo que dice la psicometría que propone que es necesario que la última medición asegure que si se presentan cambios en la variable de interés, se debieron al paso del tiempo y no al instrumento de medición. En este caso, los mismos sujetos responden a dos administraciones diferentes de la misma prueba, se espera que la variable no cambie con el transcurso del tiempo, la correlación entre los puntajes obtenidos tendrá que ser alta (Cohen & Swerdlik, 2005).

También se dice que la capacidad adquirida es una variable latente multidimensional dinámica que puede variar en el tiempo aunque es relativamente estable. En una investigación de las razones para vivir, se encontró que los individuos que informaron de una historia de ideación suicida en el pasado, pero que no tenía intento de suicidio, reportaron mayores niveles de miedo al suicidio, esto en comparación con personas con ideación grave que habían actuado en los comportamientos suicidas (Linehan, Goodstein, Nielsen, Y Chiles, 1983). El estudio de estabilidad temporal de la ausencia del miedo a morir puede ubicar si disminuyen los niveles de capacidad adquirida o aumentan en individuos con riesgo suicida.

Capítulo 7. Estudio 3. Evidencias de validez de criterio: Sensibilidad al cambio

7.1. Método

7.1.1. Participantes

Fueron 116 adolescentes de Secundaria con riesgo suicida, capacidad adquirida del suicidio y/o intentos de suicidio previos. La muestra se eligió por conveniencia no probabilística. El criterio de inclusión fue que vivieran dentro del polígono ubicado como de alto riesgo suicida de la ciudad de Aguascalientes.

7.1.2. Instrumentos

Para esta fase se utilizó la misma batería de pruebas descrita en la fase dos.

7.1.3. Procedimiento

Se acudió a una secundaria donde los adolescentes presentaron alto riesgo de suicidio. Se pidió el permiso a la Directora de la institución y se le comentó en qué consistía la evaluación diagnóstica. Se les explicó a los estudiantes el propósito del estudio, se les pidió llenar el consentimiento informado. Se realizó una medición inicial de la batería de pruebas antes del tratamiento, ésta duró 30 minutos aproximadamente. Después se realizó una intervención basada en terapia dialéctica conductual del suicidio que duró un mes. Posterior al tratamiento se acudió nuevamente a la escuela y se repitió el mismo procedimiento del pretest. Finalmente, con los datos del pretest posttest se aplicó una prueba t de student relacionada con el SPSS para conocer si los instrumentos de la TPIS detectan la sensibilidad al cambio en adolescentes con riesgo suicida.

7.1.4. Análisis de datos

Análisis de comparación de medias para grupos iguales para conocer diferencias a través de una t de Student.

7.2. Resultados

Sensibilidad al cambio de las escalas de la Teoría Psicológica Interpersonal del Suicidio de intervención con terapia dialéctica conductual

Los datos sociodemográficos de la muestra fueron los siguientes: la edad mínima es de 11 años y la máxima de 15 años. La media es de 13 años. El 47% hombres y el 53% Mujeres. El 39% de primer grado; 30% de segundo grado y 30% de tercer grado; El 80% vive con sus padres y el 20% solo con su Madre. El 97% tiene hermanos, solo el 3% no tiene hermanos.

En cuanto a la sensibilidad al cambio de las escalas de la Teoría Psicológica Interpersonal del Suicidio se presentan las diferencias encontradas en la batería de pruebas aplicadas antes y después de un tratamiento con terapia dialéctica conductual en adolescentes con riesgo suicida. (Ver tabla 12).

Tabla 12. *Diferencias entre el pretest postest de una intervención con adolescentes basada en TDC.*

Escala	media	DE	Error M	95% Intervalo de confianza para la diferencia		t	gl	Sig. (bilateral)
				Inferior	Superior			
ECAS_ptotal - ECAS_ptpost	1,901	8,868	0,36	1,193	2,608	5,277	605	p< 0.05
CNI_ptotal - CNI_ptpost	1,625	9,987	0,406	0,829	2,422	4,006	605	p< 0.05
EECD_Ptotal - EECD_ptpost	2,215	11,59	0,471	1,289	3,14	4,7	605	p< 0.05

ECAS =Escala de Capacidad Adquirida del Suicidio.

CNI = Cuestionario de Necesidades Interpersonales.

EECD = Escala de Capacidad Adquirida del Suicidio.

7.3. Discusión

El objetivo del estudio es buscar si las escalas de la TPIS son sensibles a detectar el cambio en adolescentes con riesgo suicida. Se demuestra que el CNI, ECAS y EECD son sensibles al cambio en una intervención para riesgo suicida. Esta capacidad de los instrumentos no está estudiada. Particularmente el estudio se enfoca a una intervención en desarrollo de habilidades basado en terapia dialéctica conductual en adolescentes con riesgo suicida. Dicho tratamiento está demostrado que es eficaz para disminuir el riesgo suicida en diferentes ensayos clínicos (Tarrier, Taylor, & Gooding, 2008; Linehan y otros, 2006). No obstante, faltan más estudios al respecto para determinar si los instrumentos son sensibles al cambio en diferentes tratamientos para el riesgo suicida o replicar estudio para comprobar los resultados encontrados.

Limitaciones de la investigación

La TPIS no presenta estudios longitudinales, esto muestra una necesidad futura. También, los datos recabados dependen del auto informe de los estudiados por lo que puede haber sesgos en la información.

Capítulo 8. Conclusiones generales

Los resultados de este estudio amplían el conocimiento psicométrico de las escalas de la TPIS, sobre todo de la naturaleza de las variables clave causales de la ideación y la conducta suicida. Las evidencias de confiabilidad, validez predictiva, constructo y criterio muestran que las escalas están adaptadas adecuadamente a diferentes muestras del contexto mexicano. Por lo que se pueden utilizar para medir el riesgo suicida para futuros estudios que expliquen su naturaleza.

Asimismo, existen relaciones positivas suficientes y significativas entre las variables de la TPIS y algunas variables importantes relacionadas con el riesgo suicida, (impulsividad, desesperanza e intento suicida) que es prioritario estudiar con poblaciones de riesgo suicida. Estos hallazgos contribuyen a entender la complejidad del riesgo suicida y respaldan la pertinencia de la hipótesis de que no es necesario medir un gran número de factores relacionados al riesgo suicida, sino más bien, las variables proximales a este, a saber, percepción de ser una carga para otros, pertenencia no lograda, capacidad adquirida del suicidio, desesperanza, intento suicida e impulsividad (Maris, Berman, & Maltsberger, 1992; Joiner y otros, 2009).

Finalmente, las escalas muestran sensibilidad al cambio en adolescentes con riesgo suicida tratados con una intervención psicológica para el desarrollo de habilidades basada en terapia dialéctica conductual. Esto permite concluir que las escalas sirven para detectar riesgo suicida y la eficacia de tratamientos validados empíricamente, por lo tanto, se sugiere se contemplen las variables pertenencia no lograda, percepción de ser una carga, desesperanza, falta de miedo a morir y eventos causales de dolor en tratamientos para disminuir el riesgo suicida.

Referencias

- Álvarez, M., Atienza, G., Ávila, M. J., Canedo, C., Castro, M., Combarro, J., . . . Garcia, J. (2012). *Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud de Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad*. Santiago de Compostela: Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Galicia (avalia-t); Guías de Práctica Clínica en el SNS: Avalia-t 2010/02.
- American Association of Suicidology. (30 de Enero de 2009). Obtenido de <http://www.suicidology.org/associations/1045/files/2005datapgb.pdf>
- Anastasi, A. (1986). Evolving concepts of test validation. *Annual Review of Psychology*, 37, 1-15.
- Anastasi, A., & Urbina, S. (1998). *Test Psicologicos*. Mexico: Prentice Hall.
- Ansell, E. B., Wright, A. G., Markowitz, J. C., Sanislow, C. A., Hopwood, C. J., Zhanarini, M. C., . . . Grilo, C.M. (2013). Individuals with single versus multiple suicide attempts over 10 years of prospective follow-up. *Comprehensive Psychiatry*, 54: 238–42.
- APA. (1992). Ethical principles of psychologist and code of conduct. *American Psychologist*, 47, 1597-1611.
- APA. (1993). *Directory of the American Psychological Association*. Washington, DC.: American Psychological Association.
- Aragón, L. (2004). Fundamentos Psicometricos en la Evaluacion Psicológica. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, p. 23.
- Arellano, J., Hall, R. T., & Arriaga, J. H. (2014). *Ética de la investigación científica*. Querétaro, México.: Universidad Autónoma de Querétaro.

- Asberg, M., Nordstrom, P., & Traskman-Bendz, L. (1986). *Biological Factors. In: Suicide*. Los Angeles: (eds). Suicide. ED Williams y Wilkins.
- Ayuso-Mateo, J., Baca-Garcia, E., Bobese, J., Ginerf, J., Ginerf, L., Perez, V., . . . Saiz, J. (2014). Number of Suicides in Spain. *Psiquiatria y salud mental*, 7(3), 139-146. Obtenido de www.elsevier.es/saludmental
- Beautrais, A. L., Collings, S., & Ehrhardt, P. (2005). *Suicide Prevention: A review of evidence of risk and protective factors, and points of effective intervention*. Wellington: Ministry of Health.
- Beck, A., Rush, J., Shaw, B., & Emery, G. (1979). *Book Review: Cognitive Therapy of Depression*. New York: Guilford.
- Beck, A., Steer, R., Kovacs, M., & Garrison, B. (1985). Hopelessness and eventual suicide: a 10-year prospective study of patients hospitalized with suicidal ideation. *American Journal of Psychiatry*, 142: 559–63.
- Bender, T. W., Gordon, K. H., & Joiner, T. E. (2007). Impulsivity and suicidality: A test of the mediating role of painful experiences. Unpublished Manuscript.
- Bender, T. W., Gordon, K. H., Bresin, K., & Joiner, T. (2011). Impulsivity and suicidality: The mediating role of painful and. *Elsevier. Journal of Affective Disorders*, 129 301–307.
- Berkman, L. F., Glass, T., Brissette, I., & Seeman, T. E. (2000). From social integration to health: Durkheim in the new millennium. *Social Science & Medicine*, 51, 843–857.
- Biskin, R. S. (2013). Treatment of Borderline Personality Disorder in Youth. *J Canadien Academic Child Adolescents Psychiatry*, 22:3.
- Bourgeois, M. (1991). Serotonin, impulsivity, and suicide. *Human Psychopharmacology: Clinical and Experimental*, 6, 31–36.

- Brezo, J., Joel, P., Barker, E. D., & Tremblay, R. (2007). Natural history of suicidal behaviors in a population-based sample of young adults. *Psychological Medicine*, 37: 1563-74.
- Brezo, J., Paris, J., & Turecki, G. (2006). Personality traits as correlates of suicidal ideation, suicide attempts, and suicide completions: a systematic review. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 113: 180–206.
- Brown, G. K., Beck, A. T., Steer, R. A., & Grisham, J. R. (2000). Risk factors for suicide in psychiatric outpatients: A 20-year prospective study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 371–377.
- Brown, R. M., Dahlen, E., Mills, C., Rick, J., & Biblarz, A. (1999). Evaluation of an evolutionary model of self-preservation and self-destruction. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 29, 58–71.
- Brown, R., Brown, S., Johnson, A., Olsen, B., Melder, K., & Sullivan, M. (2009). Empirical support for an evolutionary model of self-destructive motivation. *Suicide & Life-Threatening Behavior*, 39, 1–12.
- Cacioppo, J. T. (2008). *Loneliness: Human nature and the need for social connection*. New York, NY.: Norton.
- Cacioppo, J. T., Hawkley, L. C., Ernst, C., Burleson, M. H., Berntson, G. G., Nouriani, B., & Spiegel, D. (2006). Loneliness within a nomological net: An evolutionary perspective. *Journal of Research in Personality*, 40, 1054–1085.
- Calvo, J. M., Sanchez, R., & Tejada, P. A. (2003). Prevalencia y Factores Asociados a Ideación Suicida en Estudiantes Universitarios. *Salud pública*, 5 (2): 123-143.
- Canter, M. B., Bennett, B. E., Jones, S. E., & Nagy, T. F. (1994). *Ethics for psychologists: A commentary on the on the APA ethics code*. Washington DC: American Psychological Association.

- Carvajal, G., & Virginia, C. (2009). Ideación suicida en la adolescencia: Una explicación desde tres de sus variables asociadas en Bogotá, 2009. *Colombia Médica*, Vol. 42 N° 2 (Supl 1), 2011 (Abril-Junio).
- Cavanagh, J. T., Carson, A. J., Sharpe, M., & Lawrie, S. M. (2003). Psychological autopsy studies of suicide: A systematic review. *Psychological Medicine*, 33, 395-405.
- Cero, I., Zuromski, K. L., Witte, T. K., Ribeiro, J. D., & Joiner, T. E. (2015). Perceived burdensomeness, thwarted belongingness, and suicide ideation: Re-examination of the interpersonal- psychological theory in two samples. *Psychiatry Research*., 228, 544–550.
- Climont, C., Aragón, L., & Plutchick, R. (1989). Predicción del riesgo de drogas por parte de estudiantes de secundaria. . *Bol. Of Sanit. Panam. International Journal of Adicctions* , 24 (11): 568-576.
- Cohen, R., & Swerdlik, M. (2005). *Psychological testing and assessment*. New Delhi : Tata McGraw-Hill Publishing Company Limited.
- Conwell, Y., Duberstein, P. R., Hirsch, J. K., Conner, K. R., Eberly, S., & Caine, E. D. (2010). Health status and suicide in the second half of life. *International Journal of Geriatric Psychiatry*., 25, 371–379.
- Conwell, Y., Lyness, J. M., Duberstein, P., Cox, C., Seidlitz, L., DiGiorgio, A., & Caine, E. D. (2000). Completed suicide among older patients in primary care practices: A controlled study. *Journal of the American Geriatrics Society*., 48, 23–29.
- Cronbach, L. J. (1951). Coefficient alpha and the internal structure of tests. *Psychometrika*, 16, 297-334.
- Cronbach, L. J., & Meehl, P. E. (1955). Construct validity in psychological tests. *Psychological Bulletin*, 52, 281-302.

- Davidson, C., Wingate, L., Rasmussen, K., & Slash, M. (2009). Hope as predictor of interpersonal suicide risk. *Suicide Life Threatening Behaviour*, 39(5):499-507.
- De Catanzaro, D. (1995). Reproductive status, family interactions, and suicidal ideation: Surveys of the general public and high-risk groups. *Ethology & Sociobiology*, 16, 385–394.
- De la Torre Brasas, J. A. (26 de 07 de 2017). *es.scribd.com*. Obtenido de <https://es.scribd.com/document/219989361/Glosario-de-Suicidiologia>
- De la Torre, M. (2013). *Protocolo Para la Deteccion y Manejo de la Ideacion Suicida*. . Madrid: Universidad Autónoma de Madrid:Centro de Psicología Aplicada (CPA).
- Dhingra, K., Boduszek, D., & O'Connor, R. C. (2015). Differentiating Suicide Attempters from Suicide Ideators using the Integrated Motivational-Volitional Model of Suicidal Behaviour. *Journal of Affective Disorders*, 186:211-8.
- Domínguez, P. C., Pena Andreu, J. M., & Ruiz, M. (07 de 01 de 2017). *es.scribd.com*. Obtenido de <https://es.scribd.com/document/73345683/suicidas>
- Downey, G., & Feldman, S. I. (1996). Implications of rejection sensitivity for intimate relationships. *Journal of Personality and Social Psychology*, 70, 1327–1343.
- Duberstein, P. R. (2004). Suicide at 50 years of age and older: Perceived physical illness, Suicide at 50 years of age and older: Perceived physical illness, family discord and financial strain. *Psychological Medicine*, 34, 137–146.
- Espinosa, J. J., Blum Grynberg, B., & Romero Mendoza, M. P. (2009). Riesgo y letalidad suicida en pacientes con trastorno límite de la personalidad (TLP), en un hospital de psiquiatría. . *Salud mental*, 32(4), 317-325.
- Evans, E., Hawton, K., Rodham, K., & Deeks, J. (2005). The Prevalence of Suicidal Phenomena in Adolescents: A Systematic Review of Population-Based Studies. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, Vol. 35, No. 3, pp. 239-250.

- Filiberti, A., Ripamonti, C., Totis, A., Ventafridda, V., De Conno, F., Contiero, P., & Tamburini, M. (2001). Characteristics of terminal cancer patients who committed suicide during a home palliative care program. *Journal of Pain and Symptom Management*, 22, 544–553.
- Florenzano, R., Carvajal, C., & Weil, K. (1999). *Urgencias psiquiátricas*. Santiago de Chile: Mediterraneo.
- García, N. (05 de 11 de 2006). *www.uade.inpsiquiatria.edu.mx*. Obtenido de http://www.uade.inpsiquiatria.edu.mx/tesis/tesis_nayeli.pdf
- García-Vesga, C., & Domínguez-de la Ossa, E. (2013). Desarrollo teórico de la Resiliencia y su aplicación en situaciones adversas: Una revisión analítica. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 11 (1), 63-77.
- Giamperi, E., & Clerisi, M. (2013). *Il suicidio oggi implicazioni social e psicopatologiche*. Verlag Italia: Springer.
- González-Forteza, C., Juárez López, C. E., Montejo León, L. d., Oseguera Díaz, G., Wagner Echeagaray, F. A., & Jiménez Tapia, A. (2015). Ideación suicida y su asociación con drogas, depresión e impulsividad en una muestra representativa de estudiantes de secundaria del estado de Campeche, México. *Acta Universitaria*, 25(NE-2), 29-34.
- González-Forteza, C., Mariño, M., Rojas, E., Mondragón, L., & Medina-Mora, M. (1998). Intento de suicidio en estudiantes de la Ciudad de Pachuca, Hgo. y su relación con el uso de sustancias y el malestar depresivo. *Revista Mexicana de Psicología*, 15(2): 165-175.
- González-Macip, S., Díaz, A., Ortiz, S., González-Forteza, C., & González-Núñez, J. (2000). Características psicométricas de la Escala de Ideación Suicida de Beck (ISB) en estudiantes universitarios de la ciudad de México. *Salud Mental*, 23:21–30.

- Guo, B., & Harstall, C. (2002). *Efficacy of suicide prevention programs for children and youth*.
Edmonton: Alberta Heritage Foundation for Medical Research. Health Technology
Assessment; Informe No.26.
- Hawkley, L. C., Hughes, M. E., Waite, L. J., Masi, C. M., Thisted, R. A., & Cacioppo, J. T.
(2008). From social structural factors to perceptions of relationship quality and loneliness:
The Chicago health, aging, and social relations study. *Journals of Gerontology: Series B,
Psychological Sciences and Social Sciences*, 63, S375–S384.
- Heikkinen, M., Aro, H., & Lönnqvist, J. (1994). Recent life events, social. *Acta Psychiatrica
Scandinavica*, 65–72.
- Hermosillo de la Torre, A., Vacio Muro, M. A., Ponce de Leon Arroyo, O., Ortega Parga, S., &
Macias Lopez, G. (2015). <http://www.uaa.mx>. Obtenido de
http://www.uaa.mx/direcciones/dgdv/editorial/docs/anuario_suicida_ag.pdf
- Hermosillo-De la Torre, A. E., Vacio Muro, M. d., Méndez-Sánchez, C., Palacios Salas, P., &
Sahagún Padilla, M. Á. (2015). Sintomatología depresiva, desesperanza y recursos
psicológicos: una relación con la tentativa de suicidio en una muestra de adolescentes
mexicanos. *Acta Universitaria Multidisciplinary Scientific Journal*, Vol. 25 (NE-2), 52-56.
- Hernández-Cervantes, Q., & Gómez-Maqueo, E. L. (2006). Evaluación del riesgo suicida y estrés
asociado en adolescentes estudiantes mexicanos. *Revista Mexicana de Psicología*, vol.
23, núm. 1, pp. 45-52.
- Hernández-Cervantes, Q., & Gómez-Maqueo, L. E. (2006). Evaluación del riesgo suicida y estrés
asociado en adolescentes estudiantes mexicanos. *Revista Mexicana de Psicología*,
Junio-Sin mes, 45-52.
- Hijar, M. R. (1996). *Los Suicidios en Mexico. Características Sexuales y Geográficas (1979-
1993)* (Salud Mental ed.). Mexico.

- Hirsch, J., Wolford, K., LaLonde, S., Brunk, L., & Parker Morris, A. (2007). Dispositional optimism as a moderator of the relationship between negative life events and suicide ideation and attempts. *Cognitive Therapy and Research*, 31: 533–46.
- Holm-Denoma, J. M., Witte, T. K., Gordon, K. H., Herzog, D. B., Franko, D. L., Fichter, M., & . . . Joiner, T. E. (2008). Deaths by suicide among individuals with anorexia as arbiters between competing explanations of the anorexia-suicide link. *Journal of Affective Disorders*, 107, 231–236.
- Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática. (29 de Julio de 2007). Obtenido de http://www.inegi.gob.mx/prod/prod_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/continuas/sociales/suicidio/2005bis/suicidios_05.pdf
- Instituto Nacional de Estadística, G. e. (29 de Julio de 2015). *Estadísticas de Intentos de Suicidio y Suicidios de los Estados Unidos Mexicanos*. Obtenido de [http://www.inegi.gob.mx/prod_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/continuas:](http://www.inegi.gob.mx/prod_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/continuas) http://www.inegi.gob.mx/prod_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/continuas/sociales/suicidio/2005bis/suicidios_05.pdf
- Joiner, T. (2005). *Why people die by suicide?* Massachusetts: Harvard University Press, Cambridge.
- Joiner, T. E. (2009). Suicide prevention in schools as viewed through the interpersonal psychological theory of suicidal behavior. *School Psychology Review*, 38, 244–248.
- Joiner, T. E., Van Orden, K. A., Witte, T. K., Selby, E. A., Ribeiro, J. D., & Lewis, R. (2009). Main predictions of the interpersonal-psychological theory of suicidal behavior: Empirical tests in two samples of young adults. *Journal of Abnormal Psychology*, 118, 634–646.

- Joiner, T., Walker, R., Rudd, M., & Jobes, D. (1999). Scientizing and routinizing the assessment of suicidality in outpatient practice. *Professional Psychology: Research and Practice*, 30, 447–453.
- Kaplan, M. S., Huguet, N., McFarland, B. H., & Newsom, J. T. (2007). Suicide among male veterans: A prospective population-based study. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 61, 619–624.
- Kimberly, A. V., Tracy, K. W., Kathryn, H. G., & Theodore, W. B. (2008). Suicidal Desire and the Capability for Suicide: Tests of the Interpersonal-. *American Psychological Association*, Vol. 76, No. 1, 72–83.
- Kimberly, A., Van Orden, T. K., Witte, K. C., Cukrowicz, S. B., Edward, A. S., & Jr., T. E. (05 de 01 de 2016). *US National Library of Medicine* . Obtenido de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3130348/>
- Kotila, L., & Lönnqvist, J. (1987). Adolescents who make suicide attempts repeatedly. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 76, 386–393.
- Leal Zavala, R. A., & Vásquez Rodríguez, L. E. (2012). *Ideacion Suicida en Adolescentes Cajamarquinos. Prevalencia y Factores Asociados*. Cajamarca: Universidad Privada Antonio Guillermo Urrelo.
- Leary, M. R. (1995). Self-esteem as an interpersonal monitor: The sociometer hypothesis. *Journal of Personality and Social Psychology*, 68, 518 –530.
- Linehan, G., Chiles, & Nielsen. (1983). Reasons for staying alive when you are thinking of killing yourself: The. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 51, 276–286.
- Linehan, M. M., Comtois, K. A., Murray, A. M., Brown, M. Z., Gallop, R. J., Heard, H. L., & . . . Lindenboim, N. (2006). Two-year randomized controlled trial and follow-up of dialectical

- behavior therapy versus therapy by experts for suicidal behaviors and borderline personality disorder . *Archives of General Psychiatry*, 63, 757–766.
- Linehan, M. M., Schmidt, H., Dimeff, L. A., & Craft, J. C. (2001). Dialectical Behavior Therapy in a Nutshell. *The California Psychologist*, 34, 10-13.
- MacPherson, H. A., Cheavens, J. S., & Fristad, M. A. (2013). Dialectical behavior therapy for adolescents: Theory, treatment adaptations, and empirical outcomes. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 16(1), 59-80.
- Maris, R. W., Berman, A. L., & Maltzberger, J. T. (1992). *Summary and conclusions: What have we learned about suicide assessment and prediction?* New York: Guilford Press.
- Martínez-Arias, R. (1996). *Psicometría: teoría de los test psicológicos y educativos*. Madrid: Síntesis.
- Mazza, J. j., Dexter-Mazza, E. T., Miller, A. L., Rathus, J. H., & Murphy., H. E. (2016). *DBT®Skills in Schools*. New York, London.: THE GUILFORD PRESS.
- Messick, S. (1989). *Validity*. Nueva York: Educational Measurement Mac Millan.
- Miller, A. L., Rathus, J. H., & Linehan, M. (2007). *Dialectical behavior therapy with suicidal adolescents*. New York: Guilford Press.
- Miranda de la Torre, I., Cubillas Rodríguez, M. J., Román Pérez, R., & Abril Valdez, E. (2009). Ideación suicida en población escolarizada infantil: factores psicológicos asociados. *Salud mental*, 32(6), 495-502.
- Mondragon, L., Borges, G., & Gutiérrez, R. (29 de 07 de 2015). *oai.redalyc.org*. Obtenido de <http://oai.redalyc.org/articulo.oa?id=58262402>. Disponible en:< ISSN 0185-3325. La medición de la conducta suicida en México: estimaciones y procedimientos Salud Mental
- Muñiz, J. (1994). *Teoría clásica de los tests*. Madrid: Pirámide. (2ª ed.).

- Nademin, E., Jobes, D. A., Pflanz, S. E., Jacoby, A. M., Ghahramanlou-Holloway, M., Campise, R., & Johnson, L. (2008). An investigation of interpersonal-psychological variables in Air Force suicides: A controlled-comparison study. *Archives of Suicide Research*, 12, 309–326.
- Nock, M., Borges, G., Bromet, E., Cha, C., Kessler, R., & Lee, S. (2008). Suicide and suicidal behavior. *Pub Med*, 30:133-54.
- Nunnally, J., & Bernstein, I. (1994.). *Psychometric Theory*. United States of America, New York:: McGraw-Hill Inc;
- O'Connor, R. C., & Nock, M. K. (2014). The psychology of suicidal behaviour. *Lancet Psychiatry* , 1: 73–85.
- O'Connor, R., Smyth, R., Ferguson, E., Ryan, C., & Williams, J. (2013). Psychological processes and repeat suicidal behavior: a four-year prospective study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* , 81: 1137–43.
- Ohman, A., & Mineka, S. (2001). Fears, phobias, and preparedness:Toward an evolved module of fear and fear learning. *Psychological Review*, 108, 483–522.
- OMS. (2000). *Prevención Del Suicidio Un Instrumento Para Trabajadores De Atención Primaria De Salud*. Ginebra, Suiza: OMS.
- OMS. (06 de 07 de 2003). <http://ais.paho.org>. Washington, D.C., Estados Unidos de América.: Organización Panamericana de la Salud, 1995. Obtenido de <http://ais.paho.org/classifications/Chapters/pdf/Volume2.pdf>
- OMS. (21 de 08 de 2017). *Organizacion Mundial de la Salud*. Obtenido de http://www.who.int/mental_health/suicide-prevention/infographic/es/

- Orbach, I., Mikulincer, M., King, R., Cohen, D., & Stein, D. (1997). Thresholds and tolerance of physical pain in suicidal and nonsuicidal adolescents. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 65*, 646–652.
- Orbach, I., Palgi, Y., Stein, D., HarEven, D., LotemPeleg, M., Asherov, J., & Elizur, A. (1996). Tolerance for physical pain in suicidal subjects. *Death Studies, 20*, 327–341.
- Padrós-Blázquez, F., Herrera-Guzmán, I., & Gudayol-Ferré, E. ((2012)). Propiedades Psicométricas de la Escala de Gaudibilidad en una Población Mexicana. *Evaluar, Laboratorio de Evaluación Psicológica y Educativa, 1 – 20*.
- Paz, M. D. (1996). *Validez*. Madrid: Universitas.
- Pintor, B., Judith López, J., & Rosales, E. (2015). *Depresión e ideación suicida: Un estudio comparativo en estudiantes mexicanos con y sin conductas alimentarias de riesgo*. Madrid: EDICIONES PIRÁMIDE.
- Podlogar, T., Ziberna, J., Postuvan, V., & David, C. R. (2016). Belongingness and Burdensomeness in Adolescents: Slovene Translation and Validation of the Interpersonal Needs Questionnaire. *The American Association of Suicidology, 17*.
- Ribeiro, J. D., Witte, T. K., Van Orden, K. A., Selby, E. A., Gordon, K. H., Bender, T. W., & Joiner Jr., T. E. (2014). Fearlessness about death: The psychometric properties and construct validity of the revision to the Acquired Capability for Suicide Scale. *Psychological Assessment, Vol 26(1)*, 115-126.
- Richaud, M. (2008). Nuevas tendencias en psicometría. *Evaluar, 8*: 1-19.
- Rosales Pérez, J. C., & Córdova Osnaya, M. (2011). Ideación suicida y su relación con variables de identificación personal en estudiantes universitarios mexicanos. *Revista Intercontinental de Psicología y Educación, Julio-Diciembre, 9-30*.

- Rudd, M. D., Joiner, T., & Rajab, M. H. (1996). Relationships among suicide ideators, attempters, and multiple attempters in young-adult sample. *Journal of Abnormal Psychology*, 105, 541–550.
- Ryan, R. M. (2000). The darker and brighter sides of human existence: Basic psychological needs as a unifying concept. *Psychological Inquiry*, 11, 319–338.
- Sakinofsky, I. (2007). Treating Suicidality in Depressive Illness. Part I: Current Controversies. *Can J Psychiatry*, 52(6S1):71S-84S.
- Salvo G, L., & Castro S, A. (2013). Soledad, impulsividad, consumo de alcohol y su relación con suicidalidad en adolescentes. *Scielo: Revista médica de Chile*, 141(4), 428-434.
- Serrano, C., & Flores, C. (2005). El afecto del padre: su influencia en la sintomatología depresiva e ideación suicida en adolescentes. *Psicología Iberoamericana*, 161-167.
- Serrano, C., & Flores, C. (2005). Estrés, respuesta de afrontamiento e ideación suicida en adolescentes. *Psicología y Salud*, 221.230.
- Siabato Macias, E. F., & Salamanca Camargo, Y. (2015). Factores asociados a ideación suicida en universitarios. *Psychologia. Avances de la disciplina*, Enero-Junio, 71-81.
- Silva, C. (05 de 05 de 2016). *Florida State University Libraries*. Obtenido de <https://www.lib.fsu.edu/>
- Silva, C., Ribeiro, J. D., & Joiner, T. E. (2015). Mental disorders and thwarted belongingness, perceived burdensomeness, and acquired capability for suicide. *Psychiatry Research*, 226:316–327.
- Simon, R. I., & Hales, R. E. (2012). *Suicide Assessment and Management*. Washington, D.C. Londres, Inglaterra.: Secon Edition.
- Sociedad Mexicana de Psicología . (2001). *Código Ético del Psicólogo*. Mexico: Trillas.

- Solomon, R. L., & Corbit, J. D. (1974). An opponent-process theory of motivation: I. Temporal dynamics of affect. *Psychological Review*, 81, 119–145.
- Sullivan, G. R., & Bongar, B. (2009). *Assessing suicide risk in the adult patient*. Washington (DC): American Psychological Association: . En: Kleespies PM, ed. Behavioral Emergencies An evidence-based resource for evaluating and managing risk of suicide, violence, and victimization.
- Suominen, K., Isometsä, E., Ostamo, A., & Lönnqvist, J. (2004). Level of suicidal intent predicts overall mortality and suicide after attempted suicide: a 12-year follow-up study. *BMC Psychiatry*, 4: 11.
- Suominen, K., Isometsa, E., Suokas, J., Haukka, J., Achte, K., & Lönnqvist, J. (2004). Completed suicide after a suicide attempt: A 37-year follow-up study . *American Journal of Psychiatry*, 161, 562–563.
- Tarrier, N., Taylor, K., & Gooding, P. (2008). Cognitive-behavioral interventions to reduce suicide behavior: a systematic review and meta-analysis. *Pub Med Health*.
- Terrones-González, A., Estrada-Martínez, S., & Lechuga-Quiñones, A. M. (2012). Propiedades psicométricas de la CES-D/IS en población universitaria de la ciudad de Durango, México. *Salud Mental* , 35:305-313.
- Urzúa, M. A., & Caqueo, U. A. (2011). Construcción y evaluación psicométrica de una escala para pesquisar factores vinculados al comportamiento suicida en adolescentes chilenos. *Universitas Psychologica*, 10 (3), 721-734.
- Valdivia, M., Silva, D., Sanhueza, F., Cova, F., & Melipillán, R. (2015). Prevalencia de intento de suicidio adolescente y factores de riesgo asociados en una comuna rural de la provincia de Concepción. *Revista médica Chile*, vol.143 no.3.

- Van de Vijver, F. J., & Leung, N. K. (1997). Bias and equivalence in cross-cultural assessment: an overview. *European Review of Applied Psychology*, 47, 263-279.
- Van Orden, K. A., Cukrowicz, K. C., Witte, T. K., & Joiner Jr, T. E. (2012). Thwarted Belongingness and Perceived Burdensomeness: Construct Validity and Psychometric Properties of the Interpersonal Needs Questionnaire. *Psychological Assessment. American Psychological Association*, Vol. 24, No. 1, 197–215.
- Van Orden, K. A., Cukrowicz, K. C., Witte, T. K., Braithwaite, S. R., Shelby, E. A., & Joiner, T. E. (2010). The Interpersonal Theory of Suicide. *Psychological Review. American Psychological Association*, Vol. 117, No. 2, 575–600. doi:10.1037/a0025358
- Van Orden, K. A., Lynam, M. E., Hollar, D., & Joiner, T. E. (2006). Perceived burdensomeness as an indicator of suicidal symptoms. *Cognitive Therapy and Research*, 30, 457–467.
- Van Orden, K. A., Witte, T. K., Gordon, K. H., Bender, T. W., & Joiner, T. E. (2008). Suicidal desire and the capability for suicide: Tests of the interpersonal-psychological theory of suicidal behavior among adults. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76, 72–83.
- Viancha, M. A., Bahamón, M. L., & Alarcon, L. (21 de Noviembre de 2013). *dialnet.unirioja.Es*. Recuperado el 1 de 11 de 2015, de dialnet.unirioja.Es/descarga/articulo/4630301.pdf
- Villatoro, J., Medina-Mora, M. E., Rojano, C., Fleiz, C., Bermúdez, P., Castro, P., & Juárez, F. (2002). ¿Ha cambiado el consumo de drogas de los estudiantes? Resultados de la encuesta de estudiantes: medición otoño del 2000. *Salud Mental*, 25 (1), 43-53.
- Wachtel, S., Vocks, S., Edel, M., Nyhuis, P., Willutzki, U., & Teismann, T. (2014). Validation and psychometric properties of the German Capability for Suicide Questionnaire. *Comprehensive Psychiatry*, Volume 55, Issue 5, Pages 1292–1302.

- Waldrop, A. E., Hanson, R. F., Resnick, H. S., Kilpatrick, D. G., & Saunders, B. E. (2007). Risk factors for suicidal behavior among a national sample of adolescents: Implications for prevention. *Journal of TRAUMATICS STRESS*, Pages 869–879.
- Watkins, H., & Meyer, T. (2013). Is there an empirical link between impulsivity and suicidality in bipolar disorders? A review of the current literature and the potential psychological implications of the relationship. *Bipolar Disorder*, 15: 542–58.
- Weisman, A., & Worden, J. (1974). *The prediction of suicide in comp.* Bowie Maryland: Charles Press.
- Williams, J. (2001). *The cry of pain.* London: Penguin.
- Woznica, J. G., & Shapiro, J. R. (1990). An analysis of adolescent suicide attempts: The expendable child. *Journal of Pediatric Psychology*, 15, 789–796.
- Yang, C. Y. (2010). Association between parity and risk of suicide among parous women. *CMAJ*, 182 (6): 569-72.
- Zuñiga-Brenes, M. (2007). Teoría G: un futuro paradigma para el análisis de pruebas psicométricas. *Actualidades en Psicología*, 21 117-144.

Apéndice 1. *Lista de instituciones para atender el riesgo suicida.*

Nombre de la Institución	Teléfono
SAPTEL	018004727835/0180052598121
CONADIC	018009112000
SOS	0180071024
Centro Integral de Intervención Psicológica	(443)3178512
CEMISAM	(443)3215100

Apéndice 2. *Cuestionario de Necesidades Interpersonales original (Silva, 2016)*

Interpersonal Needs Questionary (original)

The following questions ask you to think about yourself and other people. Please respond to each question by using your own current beliefs and experiences, NOT what you think is true in general, or what might be true for other people. Please base your responses on how you've been feeling recently. Use the rating scale to find the number that best matches how you feel and circle that number. There are no right or wrong answers: we are interested in what *you* think and feel.

INQ-R		Not at all true		Somewhat true			Very	
		for me		for me			True for me	
1.	These days the people in my life would be better off if I were gone	1	2	3	4	5	6	7
2.	These days the people in my life would be happier without me	1	2	3	4	5	6	7
3.	These days I think I am a burden on society	1	2	3	4	5	6	7
4.	These days I think my death would be a relief to the people in my life	1	2	3	4	5	6	7
5.	These days I think the people in my life wish they could be rid of me	1	2	3	4	5	6	7
6.	These days I think I make things worse for the people in my life	1	2	3	4	5	6	7
7.	These days, other people care about me	1	2	3	4	5	6	7
8.	These days, I feel like I belong	1	2	3	4	5	6	7
9.	These days, I rarely interact with people who care about me	1	2	3	4	5	6	7
10.	These days, I am fortunate to have many caring and supportive friends	1	2	3	4	5	6	7
11.	These days, I feel disconnected from other people	1	2	3	4	5	6	7
12.	These days, I often feel like an outsider in social gatherings	1	2	3	4	5	6	7
13.	These days, I feel that there are people I can turn to in times of need	1	2	3	4	5	6	7

14.	These days, I am close to other people	1	2	3	4	5	6	7
15.	These days, I have at least one satisfying interaction every day	1	2	3	4	5	6	7

Nota: Los reactivos 7, 8, 10, 13, 14, y 15 se codifican inversa.

Apéndice 3. Traducción del Cuestionario de Necesidades Interpersonales (Traducido por Bárbara Alaluf, 2016).

INQ (traducido)

Las siguientes preguntas te piden pensar en ti mismo y en otras personas. Por favor responde a cada pregunta usando tus propias creencias y experiencias actuales, NO lo que crees es verdad en general, o pueda ser verdadero para otras personas. Por favor basa tus respuestas en cómo te has sentido recientemente. Usa la escala de calificación para encontrar el número que mejor corresponda a cómo te sientes y circula ese número. No hay respuestas correctas o incorrectas: nosotros estamos interesados en lo que piensas y sientes.

	Nada verdadero para mí		Algo verdadero para mí			Muy verdadero para mí	
	1	2	3	4	5	6	7
1. Actualmente, mi familia y/o amigos estarían mejor si yo no estuviera aquí.							
2. Actualmente, mi familia y/o amigos serían más felices sin mí.							
3. Actualmente, pienso que soy una carga para los demás							
4. Actualmente, pienso que mi muerte sería un alivio para mi familia y/o amigos.							
5. Actualmente, pienso que mi familia y/o amigos desearían poder deshacerse de mí							
6. Actualmente, pienso que yo empeoro las cosas para mi familia y/o amigos.							
7. Actualmente, mi familia y/o amigos se preocupan por mí.							
8. Actualmente, siento que pertenezco a un grupo social (familia, amigos, equipo deportivo, etc.)							
9. Estos días, raramente convivo con gente que se preocupa por mí.							
10. Estos días, soy afortunado/a en tener muchas personas que se preocupan por mí y me apoyan.							
11. Actualmente, me siento desconectado(a) emocionalmente de otras personas.							
12. Actualmente, me siento como un extraño en las reuniones sociales.							
13. Actualmente, siento que hay gente a la que puedo acudir en caso de necesidad o de problemas							
14. Estos días, trato de estar cerca de las personas.							
15. Estos días, convivo con por lo menos una persona que me hace sentir bien cada vez que nos vemos.							

*Apéndice 4. Versión adaptada y validada del Cuestionario de Necesidades Interpersonales.
Cuestionario de Necesidades Interpersonales (validado)*

Por favor responde a cada pregunta usando tus propias creencias y experiencias actuales, NO lo que pueda ser verdadero para otras personas. Por favor basa tus respuestas en cómo te has sentido recientemente. Usa la escala de calificación para encontrar el número que mejor corresponda a cómo te sientes y circula ese número. No hay respuestas correctas o incorrectas: nosotros estamos interesados en lo que piensas y sientes.

	Nada verdadero para mí		Algo verdadero para mí			Muy verdadero para mí	
	1	2	3	4	5	6	7
1. Mi familia y/o amigos estarían mejor si yo NO estuviera aquí.							
2. Mi familia y/o amigos serían más felices sin mí.							
3. Pienso que soy una carga para los demás							
4. Pienso que mi muerte sería un alivio para mi familia y/o amigos.							
5. Pienso que mi familia y/o amigos desearían poder deshacerse de mí							
6. Pienso que yo empeoro las cosas para mi familia y/o amigos.							
7. Mi familia y/o amigos se preocupan por mí.							
8. Siento que pertenezco a un grupo social (familia, amigos, equipo deportivo, etc.)							
10. Siento que hay gente a la que puedo acudir en caso de necesidad o de problemas							
11. Trato de estar cerca de las personas.							
12. Convivo con por lo menos una persona que me hace sentir bien cada vez que nos vemos.							

Confiabilidad medida como estabilidad temporal test retest $t = 0.66$ a un mes, $p < 0.05$,

Alfa de Cronbach = 0.80.

Muestra sensibilidad al cambio en tratamiento con terapia dialéctica conductual.

Apéndice 5. *Escala de Capacidad Adquirida del Suicidio – Ausencia de Miedo a morir - original (Ribeiro y otros, 2014).*

Acquired Capability Suicide Scale – Fearlessness About Death Scale (acss-fads).

Please read each ítem below and indicate to what extent you feel the statement describes you.

Rate each statement using the scale below and indicate your responses on your answer sheet.

Affirmation	0 Not at all like me	1	2	3	4 Very much like me
1. The fact that I am going to die does not affect me.					
2. The pain involved in dying frightens me.					
3. I am very much afraid to die.					
4. It does not make me nervous when people talk about death.					
5. The prospect of my own death arouses anxiety in me.					
6. I am not disturbed by death being the end of life as I know it.					
7. I am not at all afraid to die.					

Apéndice 6. Traducción de la Escala de Capacidad adquirida del Suicidio (Traducido por Bárbara Alaluf).

ACSS-FADS (traducida)

Afirmación	0 Para nada como yo				4 Extremadamente como yo
1 No me afecta el hecho de que vaya a morir.					
2. El dolor involucrado en morir me asusta.					
3. Yo tengo mucho miedo de morir.					
4. No me pone nervioso/a cuando la gente habla de la muerte.					
5. El prospecto de mi propia muerte me produce ansiedad/nervios.					
6. No me molesta que la muerte sea el final de la vida como la conozco.					
7. No me da nada de miedo morir.					

Apéndice 7. Versión validada de la Escala de Capacidad Adquirida del Suicidio – Ausencia de miedo a morir.

Escala de Capacidad Adquirida del Suicidio- Ausencia del miedo a Morir (validada)

Algunas personas no temen morir. Por favor lee cada afirmación e indica hasta qué punto sientes que te describe a ti. Usa la escala que te señala a continuación e indica tus respuestas.

Afirmación	1 Para nada como yo	2	3	4	5 Extremadamente como yo
1 No me preocupa el hecho de que vaya a morir.					
2. El dolor involucrado en morir me asusta.					
3. Yo tengo mucho miedo de morir.					
4. No me pone nervioso/a cuando la gente habla de la muerte.					
5. El ver a una persona muerta me da terror					
6. No me molesta que la muerte sea el final de la vida como la conozco.					
7. No me da nada de miedo morir.					
8. Acepto sin temor mi propia muerte.					

Confiabilidad medida como estabilidad temporal test retest =0.24 a un mes, $p < 0.05$,

Alfa de Cronbach= 0.76.

Muestra sensibilidad al cambio en tratamiento con terapia dialéctica conductual. (Ítems 2, 3 y 5 se codifican inversa).

Apéndice 8 .Escala de Eventos Causales de Dolor original (Van Orden, Witte, Gordon, Bender, & Joiner, 2008).

Painful Provocative Events Scale (original)

Please answer the following questions for any time in the past. For each question circle ONE answer.

		Never	Once	2-3 times	4-20 times	More than 20 times
1	Have you gone skydiving?	1	2	3	4	5
2	Have you gone rockclimbing?	1	2	3	4	5
3	Have you participated in contact sports (e.g., tackle football, hockey, wrestling, judo)?	1	2	3	4	5
4	Did you get a tattoo?	1	2	3	4	5
5	Did you get a piercing?	1	2	3	4	5
6	Have you been a victim of physical abuse?	1	2	3	4	5
7	Have you been a victim of sexual abuse?	1	2	3	4	5
8	Have you been a witness to physical abuse?	1	2	3	4	5
9	Have you been a witness to sexual abuse?	1	2	3	4	5
10	Have you gone on a motorcycle?	1	2	3	4	5
11	Have you shot a gun?	1	2	3	4	5
12	Have you tied a noose?	1	2	3	4	5
13	Have you had surgery?	1	2	3	4	5
14	Have you used intravenous drugs?	1	2	3	4	5
15	Have you broken a bone?	1	2	3	4	5
16	Have you intentionally hurt animals?	1	2	3	4	5

17	Have you dissected animals?	1	2	3	4	5
18	Have you gone bungee jumping?	1	2	3	4	5
19	Have you been in a car accident?	1	2	3	4	5
20	Have you had contact with the police because of criminal behavior?	1	2	3	4	5
21	Have you been in physical fights?	1	2	3	4	5
22	Have you jumped from high places (e.g., cliffs, roofs, balconies)?	1	2	3	4	5
23	Have you had injuries requiring medical attention?	1	2	3	4	5
24	Have you been stabbed?	1	2	3	4	5
25	Have you been shot?	1	2	3	4	5
26	I have stopped myself right before attempting suicide and did not carry out the attempt (e.g., standing on a bridge but not jumping, loading a gun but not pulling the trigger).	1	2	3	4	5

Apéndice 9. Traducción de la Escala de Eventos Causales de Dolor (Traducida por Morelia Gil).

PPES (traducida)

Instrucciones: Por favor contesta las siguientes preguntas para cualquier momento en el pasado para cada cuestión encierra en círculo UNA respuesta.

		NUNCA	UNA VEZ	2-3 VECES	4-20 VECES	MAS DE 20 VECES
1	Has practicado deportes extremos	1	2	3	4	5
2	¿Has escalado en lugares elevados?	1	2	3	4	5
3	¿Has participado en deportes de contacto (ej. fútbol, hockey, lucha, box o artes marciales)?	1	2	3	4	5
4	¿Te has hecho algún tatuaje?	1	2	3	4	5
5	¿Te has hecho algún piercing?	1	2	3	4	5
6	¿Has sido víctima de maltrato o violencia física?	1	2	3	4	5
7	¿Has sido Víctima de abuso sexual?	1	2	3	4	5
8	¿Has sido testigo de abuso físico	1	2	3	4	5
9	¿Has sido testigo de abuso sexual?	1	2	3	4	5
10	¿Te has subido a	1	2	3	4	5

	una motocicleta?					
11	¿Has disparado un arma?	1	2	3	4	5
12	¿Te has atado una soga al cuello?	1	2	3	4	5
13	¿Has tenido una cirugía?	1	2	3	4	5
14	¿Has usado drogas intravenosas?	1	2	3	4	5
15	¿Te has fracturado un hueso?	1	2	3	4	5
16	¿Has lastimado animales intencionalmente?	1	2	3	4	5
17	¿Has disecado animales?	1	2	3	4	5
18	¿Has hecho salto bungee?	1	2	3	4	5
19	¿Has estado en un accidente de carro con lesionados?	1	2	3	4	5
20	¿Has sido perseguido por la policía por conducta delictiva o violenta?	1	2	3	4	5
21	¿Has participado en alguna pelea física callejera o doméstica?	1	2	3	4	5
22	¿Has saltado de lugares altos? (ej. acantilados, techos,	1	2	3	4	5

	balcones)					
23	¿Ha sufrido accidentes que requieran de atención médica?	1	2	3	4	5
24	¿Te han apuñalado?	1	2	3	4	5
25	¿Ha sido herido por disparos?	1	2	3	4	5
26	¿Me he detenido antes de intentar suicidarme y no lleve a cabo el suicidio (ej, cuando tengo el medio para suicidarme en las manos y una persona me lo quita para evitar el suicidio)?	1	2	3	4	5
27	¿He padecido o padezco una enfermedad que me provoca dolor intenso?	1	2	3	4	5
28	¿He padecido o padezco una enfermedad que me provoca dolor crónico?	1	2	3	4	5
29	¿He tenido accidentes en el hogar que ameriten atención	1	2	3	4	5

	médica?					
30	¿He tenido accidentes en el hogar que me han provocado dolor por varios días?	1	2	3	4	5
31	¿Mi trabajo o actividad principal provoca dolor físico, en ocasiones?	1	2	3	4	5

Apéndice 10. *Versión adaptada y validada de la Escala de Eventos Causales de Dolor.*

Escala de Eventos Causales de Dolor (validada)

Existen situaciones de la vida que aumentan nuestra tolerancia al dolor y disminuyen nuestro miedo. Por favor contesta las siguientes preguntas para cualquier momento en el pasado, para cada cuestión escribe UNA X.

		Nunca	una vez	2-3 veces	4-20 veces	más de 20 veces
1	¿Has practicado deportes extremos?					
2	¿Has escalado en lugares elevados?					
3	¿Has participado en deportes de contacto (ej. fútbol, hockey, lucha, box o artes marciales)?					
4	¿Te has hecho algún tatuaje?					
5	¿Te has hecho algún piercing?					
6	¿Has sido víctima de maltrato o violencia física?					
7	¿Has sido Víctima de abuso sexual?					
8	¿Has sido testigo de abuso físico					
9	¿Has sido testigo de abuso sexual?					

10	¿Te has subido a una motocicleta?					
11	¿Has disparado un arma?					
12	¿Te has atado una soga al cuello?					
13	¿Has tenido una cirugía?					
14	¿Has usado drogas intravenosas?					
15	¿Te has fracturado un hueso?					
16	¿Has lastimado animales intencionalmente?					
17	¿Has disecado animales?					
18	¿Has hecho salto bungee?					
19	¿Has estado en un accidente de carro con lesionados?					
20	¿Has sido perseguido por la policía por conducta delictiva o violenta?					
21	¿Has participado en alguna pelea física callejera o doméstica?					
22	¿Has saltado de lugares altos? (ej.					

	acantilados, techos, balcones)					
23	¿Has sufrido accidentes que requieran de atención médica?					
24	¿Te han apuñalado?					
25	¿Has sido herido por disparos?					
26	¿Me he detenido antes de intentar suicidarme y no lleve a cabo el suicidio?					
27	¿Has padecido o padeces una enfermedad que te provoca dolor intenso?					
28	¿Has padecido o padeces una enfermedad que te provoca dolor crónico?					
29	¿Has tenido accidentes en el hogar que ameriten atención médica?					
30	¿Has tenido accidentes en el hogar que te han provocado					

	dolor por varios días?					
31	¿Tu trabajo o actividad principal provoca dolor físico, en ocasiones?					

Confiabilidad medida como estabilidad temporal test retest =0 .66 a un mes, $p < 0.05$.

Alfa de Cronbach= 0.84.

Muestra sensibilidad al cambio con adolescentes en riesgo suicida.