



UDEM



Universidad de Monterrey

Vicerrectoría de Ciencias de la Salud

Escuela de Psicología

Centro de Tratamiento e Investigación de la Ansiedad

Desarrollo de la Escala de Riesgo Suicida para Adolescentes

Angélica Quiroga-Garza¹

Paola González-Castro²

¹ Profesora investigadora, Escuela de Psicología, Centro de Tratamiento e Investigación de la Ansiedad, Universidad de Monterrey. Email: angelica.quiroga@udem.edu

² Profesor titular, Escuela de Psicología, Centro de Tratamiento e Investigación de la Ansiedad, Universidad de Monterrey. Email: paolaj.gonzalez@udem.edu, Tel: + (52) 81 8215 1000, ext. 4149.

Resumen

En México el suicidio es la segunda causa de muerte en jóvenes de entre 15 y 19 años y la quinta en la población de entre 10 y 14 años. Frente a esta alarmante y creciente problemática, y en ausencia de escalas psicométricas para evaluación del potencial suicida adaptadas a la población mexicana, creemos necesario el desarrollo de medidas válidas y confiables que puedan determinar el potencial suicida en población adolescente.

Para el desarrollo de esta escala, se llevó a cabo un estudio instrumental, controlado y prospectivo que combina metodología cuantitativa y cualitativa dentro de una muestra no probabilística e incidental.

El primer paso fue la aplicación de un diferencial semántico para explorar las actitudes hacia la vida y la muerte de 185 niños de primaria ($M = 10.54$) y 309 adolescentes de secundaria ($M = 13.48$). A partir de los resultados se redactó un prototipo de la Escala de Riesgo Suicida. En un segundo momento, se realizó la evaluación cualitativa de los ítems mediante un jueceo por expertos, seguido de un estudio piloto con una muestra de 30 jóvenes ($M = 12.3$). Un tercer momento, consistió en la validación de la escala con una muestra de 737 adolescentes ($M = 12.68$). Finalmente a esta primera escala se integraron algunos reactivos de la Escala de Depresión, diseñada por las mismas autoras dada la reiterada asociación de estas dos variables, para constituir finalmente la Escala de Riesgo Suicida para Adolescentes, compuesta por 14 ítems agrupados en dos factores: Presencia de Depresión ($\alpha = .861$) y Desesperanza ($\alpha = .721$). La escala total presenta un Alfa de Cronbach de .881.

Palabras clave: Suicidio, Depresión, Adolescencia.

Antecedentes

El suicidio es comprendido como todo acto positivo o negativo que, realizado por la propia víctima tenga como fin producir la muerte (Durkheim, 2013). El suicidio no puede ser entendido ni estudiado como un acto inamovible, sino que debe considerarse como un acto en el que se encuentran íntimamente ligadas cuestiones ambientales, factores individuales y psicológicos.

Si bien ha quedado demostrado que la probabilidad de suicidio aumenta conforme aumenta la edad, encontrándose así un pico de la tasa de suicidios alrededor de los 60-65 años (Cukrowicz, Duberstein, Vannoy, Lin, & Unützer 2014), es en la población juvenil en la que el número de muertes por suicidio es mayor en relación a la población (Villardón-Gallego). Lejos de ser una problemática aislada, el suicidio adolescente se encuentra en aumento a nivel mundial, siendo los países en desarrollo quienes presentan las tasas más elevadas. En México el suicidio es la segunda causa de muerte en jóvenes de entre 15 y 19 años y la quinta en la población de entre 10 y 14 años. Son los hombres quienes encabezan la lista en todos los grupos de edades (en particular de los 20 a 29 años), cometiendo ocho de cada diez suicidios consumados; sin embargo, la ideación suicida es una conducta que ha venido en aumento en las jóvenes de entre 14 y 19 años, de la misma manera que lo han hecho los casos de suicidio consumado (Instituto Nacional de Estadística y Geografía [INEGI], 2018).

Suicidio en la adolescencia

El suicidio en los adolescentes sigue siendo un tabú que se trata de ocultar ya que impacta y cuestiona la dinámica familiar y social (Pérez, 2016).

Las transformaciones biológicas, psicológicas y sociales que trae consigo la adolescencia producen crisis, conflictos y contradicciones, que en los mejores de los casos permitirán al

adolescente un distanciamiento de los padres y otras figuras que hasta ahora representaban la autoridad, a partir de donde se podrá construir la autonomía (Picazo-Zappino, 2014).

Los nuevos retos a los que se enfrentan los adolescentes generan en niveles variables ansiedad y depresión; la necesidad de sentirse aceptado e integrado a un grupo aumenta, así como lo hacen las conductas impulsivas frente a eventos estresantes. La suma de estas variables constituye un campo fértil en el que conductas autolesivas e ideaciones suicidas pueden emerger (Pérez, 2016).

Ideación suicida

Para comprender la complejidad de los eventos que anteceden al suicidio, Silverman, Berman, Sanddal, O'Carroll y Joiner (2007) han propuesto tres tipos de conductas en relación al suicidio: conducta suicida, todas las conductas que de manera implícita o explícita buscan terminar con la propia vida; las comunicaciones relacionadas con el suicidio, que comprenden todas las expresiones por medio de las cuales una persona intenta expresar la intención de terminar con su vida; y finalmente las ideaciones suicidas, pensamientos acerca de acabar con la propia vida que pueden presentarse sin intencionalidad, o bien con algún grado de intencionalidad.

En este sentido, es necesario determinar el grado de intencionalidad de la ideación suicida para poder evaluar su gravedad. Para esto, los autores (Silverman et al., 2007), definen cinco tipos de ideación suicida según su intensidad: Ideación suicida causal, aquella idea que se desencadena por un evento; transitoria, ideas suicidas de breve duración y relacionadas a situaciones determinadas o bien a emociones displacenteras; pasiva, pensamientos suicidas en los que la persona no tiene forzosamente un deseo activo de morir, estas ideas no son comunicadas a terceros; activa la persona comunica a los demás la intención de morir, es posible que en este

nivel se tenga claro el método y fecha para consumir el suicidio; persistente, la idea suicida se encuentra constantemente en los pensamientos de la persona, quien considera que el suicidio es la única solución posible frente a su problemática. Estos factores no son fijos, sino que interactúan, dando lugar a las particularidades de los estados que llevan al suicidio.

La propuesta de Shneidman para la comprensión del suicidio

La teoría propuesta por Shneidman (1976) para comprender el suicidio está compuesta por cinco principales componentes: hostilidad aumentada en los momentos previos al intento suicida; perturbación, son todos aquellos estados emocionales que proporcionan malestar al sujeto; constricción es la incapacidad de percibir la realidad con todos sus matices y finalmente el cese se refiere a que cuando los factores anteriores convergen, el suicidio es percibido como la única salida o solución al malestar.

Shneidman (1988) comprende el suicidio como un acto en el que el objetivo final es el de hacer que el contenido de la mente del sujeto, contenido que se ha vuelto martirizante, cese por completo. De la misma manera, el autor considera que, a pesar de las diferencias individuales, se puede rastrear un estresor común a todos los suicidios, compuesto por necesidades psicológicas frustradas. Indefensión y desesperanza son emociones presentes en quienes cometen actos suicidas. Mediante la propuesta de un “cubo suicida”, el autor sitúa al suicidio en un proceso en el que dolor, perturbación psíquica traducida en desesperanza y presión ambiental se encuentran unidas.

Frente a esta alarmante y creciente problemática, y en ausencia de escalas psicométricas para evaluación del potencial suicida adaptadas a la población mexicana, creemos necesario el desarrollo de medidas válidas y confiables que puedan determinar el potencial suicida en

población adolescente a fin de poder ser capaces de dar tratamientos oportunos y eficaces, reduciendo el riesgo de suicidio en esta población.

Método

Estudio instrumental en prevención clínica y de la salud que combinó enfoques cuantitativos y cualitativos en tres etapas.

Estudio prospectivo, controlado, con un muestreo no probabilístico, incidental

Se aplicó el diferencial semántico de Osgood, Sucl y Tannenbaum (1957) para explorar las actitudes hacia la vida y la muerte en 185 niños de primaria (95 mujeres [51.4%], 90 hombres [48.6%]) entre 9 y 12 años ($M = 10.54$) y 309 adolescentes (153 mujeres [50.7%], 149 hombres [49.3%]) con un rango de edad entre 12 y 15 años ($M = 13.48$). El diferencial semántico es una técnica que mide el significado de las palabras con las calificaciones cuantitativas (-3.0 a +3.0) de una palabra en diversas escalas de adjetivos bipolares que informan sobre la connotación y la significación denotativa en tres factores generales: valorativo (bueno-malo), potencia (grande-pequeño) y actividad (agresivo-no agresivo), siendo el valorativo el más relevante ya que mide la valencia de los diversos componentes de una actitud. Al promediar los puntajes se obtiene la positividad o negatividad de la actitud frente a cada estímulo (Sánchez, 1979).

Prueba Piloto

Siguiendo la propuesta de Carretero y Pérez (2005) para la creación de escalas, a partir de los resultados del diferencial semántico se diseñó un primer prototipo de la escala que concluyó con la construcción de un total de 62 reactivos aplicados a manera de autoinforme individual.

Después se llevó a cabo la evaluación cualitativa de ítems reduciéndose a 29 inicialmente agrupados en cuatro componentes: factores fisiológicos, sentido de vida, factores

afectivos/emocionales, aislamiento social y factores contribuyentes. Para evaluar la validez de contenido de los ítems por medio de un juicio de expertos. Se calificó cada ítem de manera cuantitativa --representatividad, comprensión, interpretación y claridad-- y cualitativa --eliminación de ítems categorizados en un componente al que no pertenecían--.

Para finalizar esta etapa, se llevó a cabo el pilotaje con una muestra de 30 jóvenes y niños de entre 9 y 16 años, 43% de sexo femenino y 57% de sexo masculino con una edad media de edad de 12.3 años. Esto con el fin de llevar a cabo el análisis estadístico de los ítems, el estudio de la dimensionalidad del instrumento (estructura interna) y la estimación de la fiabilidad.

Validación de la Escala

Con una muestra de 737 adolescentes provenientes de 6 escuelas secundarias públicas, con un rango de edad entre 11 y 18 años ($M = 12.68$, $DT = 1.14$), de los cuales 425 (57.7%) eran hombres y 312 (42.3%); 390 (52.9%) cursaban 1º, 192 (26.1%) 2º, y 155 (21.0%) 3º, se llevó a cabo la validación, agregando otros 2 reactivos de la Escala de Depresión, diseñada por las mismas autoras dada la reiterada asociación de estas dos variables. Se realizó el estudio factorial para determinar la estructura interna de la escala y se llevaron a cabo los análisis de fiabilidad para establecer su consistencia interna.

La confidencialidad de los participantes fue asegurada con su asentimiento y omitir su identificación en materiales relacionados. La participación en el estudio fue voluntaria. Se entregó una carta de consentimiento informado a los directores de las escuelas participantes, en la que se especificó la confidencialidad de la información. Todo esto aprobado por el Comité de Investigación y Ética de la Universidad de Monterrey, Ref. No. 312016-CIE.

El análisis estadístico se realizó con el programa SPSS versión 24.0.

Resultados

Diferencial semántico

Primaria. *Escuela, Muerte, Vida y Familia* fueron los conceptos mostrados a los alumnos.

Para *Escuela* ($\alpha = .91$) se presentaron 18 polaridades, 11 fueron seleccionadas como representantes de potencial de ideación suicida: doloroso (12.4%), agobiante (27.7%), fracaso (14.5%), angustiante (18.8%), imposible (12.4%), difícil (21.3%), triste (17.3%), amenazante (6.9%), preocupante (23.2%), agresiva (20%) y peligrosa (12.2%).

Muerte se descartó por su baja confiabilidad ($\alpha = .23$) y en primera instancia podría indicar el impacto emocional del concepto en los niños.

Para *Vida* ($\alpha = .84$) fueron utilizadas 17 polaridades de adjetivos, ubicándose 10 con una potencialidad de ideación suicida. Se considera alarmante la connotación negativa que se le atribuye: dolorosa (14.5%), angustiante (16.2%), desesperanzadora (15%), indeseable (10.7%), negativa (6.8%), triste (12.2%), displacentera (14.9%), temible (12.8%), deprimente (11.8%) e indiferente (8.4%).

Finalmente, *Familia* ($\alpha = .90$) contó con 17 polaridades categorizando 10 como potenciales de ideación suicida: dolorosa (11%), frialdad (10.6%), angustiante (15.5%), amenazante (6.2%), agresivo (6.7%), triste (8.3%), descuido (8.4%) y temible (7.8%).

Secundaria. Se presentaron los conceptos de *Joven, Muerte y Vida*.

Para *Joven* ($\alpha = .73$) se utilizó un total de 18 polaridades, eligiéndose como potenciales de ideación suicida: doloroso (10.9%), agobiante (22.1%), desesperanzador (15%), triste (12.9%), displacentero (12.4%), amenazante (17%), agresivo (18.7%).

Muerte ($\alpha = .69$) presentaba 17 polaridades y sólo seis se categorizaron como potenciales de ideación suicida: gozosa (18.9%), controlable (25.2%), deseable (17.2%), positiva (24.6%), tranquilizante (22.6%) e inducida (15.2%).

Por último *Vida* ($\alpha = .79$) con 17 polaridades, 8 se seleccionaron como potencial de suicidio: dolorosa (10.7%), angustiante (15.4%), desesperanzadora (11.9%), indeseable (14.5%), negativa (8.5%), triste (11.1%), temible (11.9%) y deprimente (12.7%).

Prueba Piloto

El índice de esfericidad de Bartlett y el índice de Kaiser-Meyer-Olkin, mostraron que la matriz de correlaciones fue adecuada, siendo el primero de $\chi^2 = 119.927$, 91, $p < .001$, y el segundo de $= .583$. Este análisis arrojó dos factores con autovalores mayores a 1 (el primero de 3.446 y el segundo de 2.1441) que juntos explican el 75.26% de la varianza.

El análisis para la estimación de la fiabilidad arrojó $\alpha = .723$ para la Escala General de Potencial Suicida, $\alpha = .793$ para la subescala de *Sintomatología Depresiva* y $\alpha = .610$ para la subescala de *Desesperanza*.

De los 29 ítems originales de la escala se seleccionaron 12 que se agruparon en dos factores. Los ítems tenían correlación ítem-total corregida mayor o igual a .50, una tendencia media de respuesta, y una desviación típica menor a 1.

Validación de la Escala

La Escala de Riesgo Suicida para Adolescentes está compuesta por 23 ítems. El índice de esfericidad de Bartlett y el índice de Kaiser-Meyer-Olkin, mostraron que la matriz de correlaciones fue adecuada, siendo el primero de $\chi^2_{(91)} = 2879.05$, $p < .001$, y el segundo de $= .921$. Este análisis arrojó dos factores con autovalores mayores a 1 --el primero de 5.741 para

Sintomatología Depresiva y el segundo de 1.179 para *Desesperanza*; juntos explican el 49.238% de la varianza. En la Tabla 1 se pueden observar las cargas factoriales de los ítems.

Tabla 1. *Matriz de componente rotado de la Escala de Riesgo Suicida para Adolescentes^a*

Ítems	Componentes	
	Sintomatología Depresiva	Desesperanza
1 Cambio de estado de ánimo con facilidad.		.406
2 Siento que la vida es injusta conmigo.	.611	
3 Estoy confundido por cómo me siento.	.673	
4 Realizo actividades en las que me puedo lastimar con facilidad.	.532	
5 Me siento desmotivado/a.	.570	
6 Busco llamar la atención.		.755
7 He pensado en dañarme a mi mismo.	.858	
8 Tengo curiosidad sobre los temas relacionados con la muerte.	.485	
9 Creo que lo que hago no es suficientemente bueno.		.498
10 Pienso que nadie me comprende.		.519
11 He pensado en suicidarme.	.797	
12 Me angustia empezar un nuevo día.		.691
13 Me rindo con facilidad.		.553
14 Prefiero estar apartado/a de mi familia.	.691	

Nota: ^a La rotación a convergido en tres iteraciones.

El análisis para la estimación de la fiabilidad arrojó $\alpha = .881$ para la *Escala Total de Riesgo Suicida*, $\alpha = .861$ para la subescala de *Sintomatología Depresiva* y $\alpha = .721$ para la subescala de *Desesperanza*.

Ocho ítems se agruparon en el factor *Sintomatología Depresiva* (2, 3, 4, 5, 7, 8, 11, 14) y seis en el factor de *Desesperanza* (1, 6, 9, 10, 12, 13). Los ítems muestran una correlación ítem-total corregida mayor o igual a .34, una tendencia media de respuesta, y una desviación típica menor a 1.

Discusión

Los resultados que aquí se presentan han seguido las normas para la elaboración de instrumentos de evaluación psicológica de Carretero y Pérez (2005), quienes nos recuerdan que para que un instrumento sea considerado como fiable es necesario un trabajo que verifique la validez tanto interna como externa, dentro de un marco de trabajo estructurado, sistemático y prolongado.

El diferencial semántico aplicado tanto a niños como a adolescentes. Los términos que la población estudiada asignó al concepto de *Vida* se pueden explicar a partir de la desesperanza de los sujetos, que provoca la asignación de significados tales como “dolorosa”, “angustiante” o “desesperanzadora”. Otro aspecto relevante encontrado fue que, tal como lo plantea el modelo de Shneidman (1976), el concepto de muerte describe la posibilidad de acabar con el dolor psíquico, describiendo la muerte como “tranquila”, “gozosa”, “deseable” y “tranquilizante”.

El estudio piloto en el que se pusieron a prueba los ítems que emanaron del diferencial semántico previamente jueceados, arrojó que la escala, que en este momento constaba de 12 ítems tenía propiedades adecuadas y se podía agrupar en dos factores, *Sintomatología Depresiva* y *Desesperanza*, siendo este último uno de los factores más importantes para medir el potencial suicida debido a que funciona como un mediador de la relación indirecta entre la depresión y el potencial suicida (Strosahl, Chiles, & Linehan, 1992). Se considera también que este factor predice de mejor manera la ideación suicida que la depresión (Goldsmith, Pellmar, Kleinman & Bunney, 2002).

Finalmente la escala fue validada con una muestra de 737 adolescentes del área metropolitana de Monterrey, obteniendo propiedades psicométricas satisfactorias.

Podemos concluir que tanto la desesperanza como el factor afectivo son elementos fundamentales para predecir el potencial suicida en adolescentes, estando el estado afectivo influido por la desesperanza.

Como en toda evaluación autoampliada es necesario tener en cuenta los sesgos que pueden surgir debido a la deseabilidad social. Se recomienda que el uso, la aplicación e interpretación de esta escala se lleve a cabo por profesionales de la salud mental y que en caso necesario se realicen las acciones o canalizaciones pertinentes.

Referencias

- Carretero, H., & Pérez, C. (2005). Normas para el desarrollo y revisión de estudios instrumentales. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 5, 521-551.
- Cukrowicz, K., Duberstein, P., Vannoy, S., Lin, E., & Unützer, J. (2014). What Factors Determine Disclosure of Suicide Ideation in Adults 60 and Older to a Treatment Provider? *Suicide & Life - Threatening Behavior*, 44(3), 331-337.
- Durkheim, E. (2013). *El suicidio: Un estudio de sociología*. Madrid: Ediciones Akal.
- Goldsmith, S.K., Pellmar, T.C., Kleinman, A.M. & Bunney, W.E. (2002). *Reducing Suicide: A national imperative*. Washington, Estados Unidos: The National Academies Press.
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía, INEGI (7 de septiembre de 2018). Comunicado de prensa 410/18. *Estadísticas a propósito del Día mundial para la prevención del suicidio (datos nacionales)*.
- Osgood, C. E., Sucl, G. J., & Tannenbaum, P. H. (1957). *The measurement of meaning*. Urbana: University of Illinois Press.
- Pérez, P. (2016). Funcionamiento familiar e ideación suicida en alumnos de 5to año de educación Secundaria del distrito de San Juan de Miraflores. *Psiquemag*, 4(1), 81-93.

- Picazo-Zappino, J. (2014). El suicidio infanto-juvenil: una revisión. *Actas Esp Psiquiatr*, 42(3), 125-132.
- Sánchez, S. (1979). Diferencial semántico y actitudes: Un estudio sociológico entre estudiantes de bachillerato. *El Basilisco*, 6, 9-17.
- Shneidman, E. S. (1976). A Psychological Theory of Suicide. *Psychiatric Anals*, 6(11), 51-56.
- Shneidman, E. S. (1988). Some Reflections of a Founder. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 18(1), 1-12.
- Silverman, M., Berman, A., Sanddal, N., O'Carroll, P., & Joiner, T. (2007). Rebuilding the Tower of Babel: A Revised Nomenclature for the Study of Suicide and Suicidal Behaviors: Part 2: Suicide-Related Ideations, Communications, and Behaviors. *Suicide & Life - Threatening Behavior*, 37(3), 264-77.
- Strosahl, K., Chiles, J. A., & Linehan, M. (1992). Prediction of suicide intent in hospitalized parasuicides: Reasons for living, hopelessness, and depression. *Comprehensive psychiatry*, 33(6), 366-373.
- Villardón-Gallego, L. (2013). *El pensamiento de suicidio en la adolescencia*. Bilbao: Publicaciones de la Universidad de Deusto.