

Escala de cribado del riesgo suicida en adolescentes: Evidencias de validez de contenido

Suicidal risk screening scale in adolescents: Content validity evidence

Autores:

Angelina Sosa Lovera
Francisco Pablo Holgado-Tello
Miguel Á. Carrasco Ortiz
**Universidad Nacional de Educación a Distancia,
España**

Autor de correspondencia:

Angelina Sosa Lovera
asosa79@alumno.uned.es

- **Recepción:** 05 - febrero - 2025
- **Aprobación:** 11 - junio - 2025
- **Publicación online:** 30 - junio - 2025

Citación: Sosa Lovera, A., Holgado-Tello, F. y Carrasco Ortiz, M. (2025). Escala de cribado del riesgo suicida en adolescentes: Evidencias de validez de contenido. *Maskana*, 16(1), 257 - 275. <https://doi.org/10.18537/mskn.16.01.16>



Escala de cribado del riesgo suicida en adolescentes: Evidencias de validez de contenido

Suicidal risk screening scale in adolescents: Content validity evidence

Resumen

El suicidio es considerado un grave problema de salud pública entre adolescentes. La evaluación psicométrica mediante herramientas validadas del riesgo al suicidio permite prevenir con mayor eficacia las conductas suicidas. Este estudio pretende obtener evidencias de validez de contenido a través de indicadores de claridad, representatividad y pertinencia sobre un conjunto de ítems correspondiente a los principales factores de riesgo asociados a las conductas autolesivas (suicidas y no suicidas) en adolescentes. Se diseñó un instrumento a partir de la reformulación del contenido de una selección de 413 ítems agrupados en diez dimensiones. Los participantes fueron profesionales de la psicología clínica seleccionados por conveniencia. Para el análisis de los datos de representatividad y relevancia se utilizó el Índice de Osterlind. Se realizan análisis de frecuencia para la valoración de la claridad. Los resultados mostraron valores adecuados de representatividad, claridad y relevancia para cada uno de los ítems seleccionados.

Palabras clave: validez de contenido, suicidio, autolesiones, adolescentes.

Abstract

Suicide is considered a serious and preventable public health problem. Psychometric evaluation using validated suicide risk tools allows for more effective prevention of suicidal behaviors. This study aims to assess the content validity of a set of items measuring key risk factors for self-harming behaviors (both suicidal and non-suicidal) in adolescents. Content validity will be evaluated through clarity, representativeness, and relevance indicators. An instrument was designed by reformulating the content of a selection of 413 items grouped into ten dimensions. The participants were clinical psychology professionals selected by convenience. The Osterlind Index was then used to analyze the representativeness and relevance of the data. Frequency analyses were carried out to assess clarity. The results show adequate values of representativeness, clarity, and relevance for each of the selected items.

Keywords: content validity, suicide, self-harm, adolescents.

1. Introducción

El suicidio es actualmente un grave problema de salud pública a nivel mundial, alcanzando cerca de la mitad de las muertes violentas y un elevado coste emocional y pesonal para la familia como económico para el conjunto de la sociedad. Este problema se hace aún más evidente entre los adolescentes, llegando a constituir una de las dos primeras causas de mortalidad no natural en la población entre jóvenes (Organización Panamericana de la Salud, 2023).

Se entiende como conducta suicida todo acto que busca intencionalmente provocarse la muerte (DeBastiani y De Santis, 2018). Numerosa literatura ha evidenciado que la conducta suicida es un fenómeno complejo y multicausal (Socha-Rodríguez et al., 2020) que puede expresarse mediante diversas conductas tales como comunicación de morir, deseo, ideación, planificación, intención, o suicidio consumado (Huguet-Cuadrado, 2023).

Cerca de 800,000 personas se suicidan cada año, y por cada persona que lo hace, al menos 20 lo han intentado, y muchas otras más, al menos, lo han pensado, según datos de la Organización Panamericana de la Salud (2022). La literatura informa que las mayores tasas de suicidio consumado se han registrado entre los varones de edad avanzada, mientras que las mujeres jóvenes tienen tasas más altas de intentos; sin embargo, en los últimos años se ha observado que las tasas entre las personas adolescentes y jóvenes han ido en aumento llegando a configurar el grupo de mayor riesgo en el momento actual. El suicidio es la tercera causa de muerte en personas de 15 a 19 años, y el 90% de los casos a nivel mundial lo aportan los países con ingresos bajos y medios ingresos (Organización Panamericana de la Salud, 2022). En el continente americano la tasa estimada es de 9,64 por cada 100,000 habitantes para el año 2019, lo que representó un aumento de un 28% desde el 2000 (Pan American Health Organization, 2021). En este contexto, la República Dominicana se encuentra entre los países con tasas medias de suicidio estable en los últimos cinco años (5 a 6

por 100,000), inclusive por debajo de la media de la región Las Américas (8,8 por 100,000). No obstante, se observa un aumento en los casos informados por los adolescentes y jóvenes desde 10 hasta 19 años (Oficina Nacional de Estadística, 2024). Esto convierte a este grupo de población en uno de los grupos de mayor vulnerabilidad.

Más allá de las conductas suicidas, un número importante de jóvenes y adolescentes presentan conductas autolesivas no suicidas. Este tipo de comportamiento se refiere a actos voluntarios deliberados de provocarse dolor, destructivos o lesivos sin intención de morir (Faura-García et al., 2021). El Manual de clasificación diagnóstica de los trastornos mentales en su quinta revisión (American Psychological Association, 2013) hace especial énfasis en que los jóvenes que presentan autolesiones no tienen intención de morir, por lo tanto, se incluye con un apartado independiente la Autolesión sin Intención Suicida (NSSI, por sus siglas en inglés). Sin embargo, se reporta que existe una importante asociación entre la conducta autolesiva y la conducta suicida (Kirchner et al., 2011; Nock et al., 2006; Villa et al., 2016) una persona con historia previa de conductas autolesivas tiene casi 25 veces más probabilidades de morir por suicidio que la población general (Ayuso-Mateos et al., 2012). Entre los jóvenes, las conductas autolesivas no suicidas incluyen cortes en distintas partes del cuerpo (brazos o piernas), también llamado “cutting”, golpes sobre sí mismos con objetos contundentes o contra paredes, arañazos, mordeduras o pellizcos, tirones de pelo, ingestión de fármacos y otras sustancias, o quemaduras. Estos comportamientos llegan a afectar a un rango de la población adolescente, comprendiendo entre el 2% y un 4% (Mosquera, 2016). La conducta autolesiva es más frecuente en mujeres, con edades de inicio alrededor de 15 años. La forma de daño más usado es la automutilación o el “cutting” (De Leo y Heller, 2004; Laukkanen et al., 2009; Nixon et al., 2008; Ross y Heath, 2002). Estudios refieren una prevalencia de vida de la conducta autolesiva desde un 11,5% y hasta un 46% de los adolescentes estudiados,

este dato varía en función de las características de la población y de los instrumentos utilizados (Brunner et al., 2013; Laukkanen et al., 2009; Nixon et al., 2008; Obando et al., 2019). A pesar de este amplio rango, se considera que esta tasa se ha mantenido estable entre 2005 y 2011 (Muehlenkamp et al., 2012).

El origen del suicidio y las autolesiones en la población adolescentes es multicausal y está asociado a numerosos factores de riesgo (Park et al., 2020). Estudios de metanálisis han destacado como principales factores de riesgo abuso de sustancias tóxicas (alcohol, drogas), los trastornos afectivos (depresión, ansiedad, baja autoestima), el abuso sexual y/o físico y el bullying, siendo el riesgo de intento suicida más frecuente entre las mujeres y la conducta suicida consumada entre los hombres. De igual manera se incluyen otros factores de riesgo asociados a aumentar la probabilidad de cometer suicidio o autolesionarse como padecer un trastorno alimenticio, tener intentos previos de suicidio, problemas en las relaciones interpersonales, padecer un trastorno psicótico y la orientación sexual no normativa entre otros (Caballero Díaz, 2023; Park et al., 2020). Con el desarrollo y la globalización también surgen otros factores no convencionales que podrían aumentar el riesgo del suicidio y las autolesiones tales como la conducta imitativa o las conductas propias de grupos sociales. En el contexto actual existen modelos de comportamiento difundidos en redes sociales entre grupos de pares que utilizan juegos con formato de retos “challenges” cuyo objetivo es incentivar y reforzar las autolesiones, las conductas violentas y hasta el suicidio en los grupos de adolescentes y jóvenes. En este sentido, Kushner y Sterk (2005) respecto del uso de las redes sociales y la conducta suicida o autolesiva, destacan que los estilos actuales de la vida moderna son capaces de alterar la cohesión social, y con esto resulta en el aumento del riesgo y la mortalidad por suicidio. Por tanto, la divulgación de estas prácticas por internet parece ser un factor promotor de la conducta suicida y autolesiva, especialmente para los grupos más vulnerables (Arendt, et al., 2020; Pirkis, et al., 2018).

La Organización Mundial de la Salud reconoce como importante para la salud pública identificar

de manera oportuna el riesgo suicida que pueda tener una persona, tratando de disminuir el daño y su potencial muerte. Esto se une al bajo porcentaje de los adolescentes que piden ayuda ante una ideación suicida, lo que dificulta la detección oportuna de aquellos jóvenes en riesgo suicida, como la posibilidad de prevenir el acto suicida. En este sentido, es necesario fortalecer la capacidad de detección del riesgo suicida mediante herramientas psicométricas que provean información válida y fiable en contextos particulares.

La evaluación rigurosa del riesgo al suicidio permite identificar aspectos vinculados a la esfera de la vida de la persona para anticiparse a la ocurrencia de una conducta suicida o autolesiva, de manera que disminuya el daño y logre mitigar el impacto que podría presentar. La evaluación del riesgo es un recurso útil en el ámbito de la prevención y la atención oportuna al suicidio. Con esta finalidad, se han diseñado principalmente herramientas de medición psicológicas que permiten la detección de factores de riesgos, sin embargo, su alcance ha sido muy limitado (Kessler, et al., 2020). En parte, debido a las limitaciones que presentan estas herramientas: a) centrarse exclusivamente en el ámbito clínico especializado y en variables psicopatológicas (Rangel-Garzón et al., 2015); b) carecer de una integración de factores psicosociales que combinen algoritmos de toma de decisiones con base psicométrica y empírica; c) carecer de propuestas de gestión y manejo del riesgo para la toma de decisiones; d) formar parte de programas de intervención que solo permiten un uso restringido; y e) ausencia de validación en poblaciones específicas, como es la población dominicana.

Debido a lo mencionado sobre el alto porcentaje de la conducta suicida en jóvenes y adolescentes y a la poca probabilidad demostrada de que éstos busquen ayuda, se hace necesario contar con herramientas eficaces, válidas y fiables que permitan la valoración del riesgo suicida en los adolescentes dominicanos para ser utilizados en el ámbito clínico. Un instrumento de valoración del riesgo debe poseer diferentes propiedades psicométricas, una de ella es la validez de contenido, que en este caso se refiere al grado de adecuación del muestreo que hace un instrumento

de medida del universo de posibles conductas del objeto que se pretende medir (Cohen y Swerdlik, 2001). Las evidencias de validez de contenido de una prueba son un indicador psicométrico esencial, que se obtiene, sobre todo, mediante la estrategia de juicio de expertos, especialmente cuando los instrumentos de medida no han sido aún validados en poblaciones o contextos específicos.

El objetivo de este estudio es la obtención de evidencias de validez de contenido de un conjunto de indicadores correspondientes a los principales factores de riesgo asociados a las conductas autolesivas (suicidas y no suicidas) en adolescentes. Para la obtención de este tipo de evidencias se usará el juicio de expertos procedentes del ámbito de la investigación y la práctica clínica en población infantil y adolescente.

2. Materiales y métodos

2.1. Participantes

La muestra estuvo constituida por un total de 14 profesionales, de los cuales solo completaron la evaluación 8 personas y 1 fue excluida por falta de respuesta en la totalidad de los reactivos. Por tanto, la muestra final se conformó por un total de 7 personas. De estos, 6 de sexo femenino y 1 de sexo masculino, 2 personas procedentes de España y 5 de la República Dominicana. Los participantes fueron seleccionados de forma incidental de acuerdo con los objetivos de este estudio. Como criterios de inclusión se establecieron los siguientes: a) ser profesionales del ámbito de la psicología clínica; b) contar con un nivel formativo correspondiente al grado de doctorado y maestría; c) poseer experiencia con más de 5 años en investigación y práctica

clínica con población infantil y adolescente; y d) participar voluntariamente.

2.2. Instrumentos

Escala de validez de contenido para factores de riesgo de conductas suicidas (elaboración *ad hoc*). Se diseñó un instrumento agrupando una selección de 412 ítems correspondientes a los principales factores de riesgo asociados a las conductas autolesivas. El contenido de los ítems procedía de diferentes instrumentos de evaluación desde el que se reformularon los ítems originales para configurar la presente escala. En el siguiente cuadro se recogen las dimensiones exploradas, así como el instrumento del que se extrajo el contenido de los ítems (Tabla 1).

Tabla 1: Listado de dimensiones e instrumentos.

Fuente: Elaboración propia..

Factores psicopatológicos	- Sistema de Evaluación para niños y adolescentes, SENA (Sánchez, et al., 2016)
	- Escala Columbia (Posner et al., 2011).
Factores cognitivos	- Protocolo ISNISS (Influence of Social Networks and Internet on self-injurious and suicide (Carretero, 2024).
Factores de antecedentes históricos o familiares	- Cuestionario elaborado <i>ad hoc</i>
Factores emocionales	- Test Desesperanza de Beck (Beck et al., 1974).
	- Test de razones para vivir (Lineahn et al., 1983).
Factores vitales adversos o potencialmente traumáticos	- Life events checklist (Gray et al., 2004).
	- EBIP-Q y del ECIP-Q (Ortega-Ruiz et al., 2016)

Factores de tecnología de la información y comunicación	- Protocolo ISNISS (Influence of Social Networks and Internet on self-injurious and suicide (Carretero, 2024).
Factores sociales, interpersonales y familiares	- Prueba SENA (Sánchez, et al., 2016) - INQ-Belongeness (Van Orden et al., 2010).
Factores de personalidad	- Prueba SENA (Sánchez, et al., 2016)
Factores volitivos y motivacionales	- Entrapment and defeat scales (Gilbert y Allan, 1998) - The Acquired Capability for Suicide Scale (Smith et al., 2010) - Discomfort intolerance Scale (Schmidt et al., 2006) - Interpersonal Needs Questionnaire (INQ) (Van Orden et al., 2010)

Considerando la adaptación cultural y lingüística de estas pruebas, se tomó la versión en español validada en estudios previos para la inclusión en el protocolo. En las pruebas que conformaban los factores vitales adversos o potencialmente traumáticos y los factores volitivos motivacionales fueron tomadas su versión original en inglés y traducidas al español, luego revisadas por expertos profesionales de salud mental de lengua española nativa.

Los diferentes ítems se agruparon en un total de nueve (9) dimensiones, cada una de las cuales recogía diferentes reactivos relativos a determinados factores de riesgo mencionados en la literatura: 1) Factores Psicopatológicos (FSP). Agrupa los indicadores de presencia de depresión, ansiedad, consumo de sustancias, sintomatología postraumática, obsesión-compulsión, presencia de trastorno límite de personalidad, quejas somáticas; 2) Factores Cognitivos y Conductuales (FCC), vinculado a los indicadores de: ideas suicidas, planeación suicida, intentos suicidas y conducta autolesiva; 3) Antecedentes Históricos o Familiares (AHF), abarca los indicadores de antecedentes de conducta suicida en la familia; 4) Factores Emocionales (FEM), agrupa los indicadores de: nivel de desesperanza y razones para vivir; 5) Factores Vitales Adversos o potencialmente traumáticos (FVAT), incluye los indicadores de: abuso físico, psicológico o sexual, experiencias de separación o rechazo, bullying y cyberbullying, exposición a otros suicidios. 6) Factores de Tecnología de la Información (FTICs), que incluye el indicador de consumo de materiales de promoción y divulgación de la conducta suicida a través de los diferentes medios (televisión, radio, internet); 7) Factores sociales, Interpersonales y Familiares (FIF), abarca los indicadores: problemas familiares, problemas

con la escuela, problemas con los compañeros, apoyo social; 8) Factores de Personalidad (FP), correspondiente con los indicadores de: nivel de autoestima, hiperactividad —impulsividad, problemas de control de la ira, rigidez, regulación emocional; 9) Factores volitivo—motivacionales, que abarca los indicadores de: atrapamiento y derrota (vencimiento), capacidad adquirida (eficacia percibida) para el suicidio, intolerancia al malestar, percepción de pertenencia y sobrecarga.

Cada uno de los ítems se valoraba en tres criterios (i.e., claridad, representatividad y pertinencia) cada uno de los cuales se acompañaba de una escala, respectivamente: el criterio de claridad se valoraba en una escala dicotómica (Sí/No); y los criterios de representatividad—pertinencia y relevancia se valoraban en una escala de tres opciones (alta, media y baja). Todas ellas permitían la inclusión en un apartado anexo de comentarios o condiciones de mejora que el experto podía añadir complementariamente a la puntuación de la escala. A continuación se describe cada uno de los criterios a evaluar por los expertos:

- Claridad: se refiere a si el elemento está correctamente formulado y si comprende su significado. Las posibles opciones de respuesta son dos: No (No está claro, el elemento es ambiguo, confuso o no expresa claramente lo que está tratando de evaluar); y Sí (Claro, el elemento es claro).
- Representatividad. Este criterio se refiere a si el elemento es representativo, es decir, característico o típico de la dimensión a la que ha sido asignado. Las posibles opciones de respuesta son tres: 1 “bajo grado de representatividad”; 2 “medio grado de representatividad”; y 3 “alto grado de representatividad”.

- **Relevancia.** Se refiere a si el elemento es relevante o importante para medir la dimensión a la que se le ha asignado. 1 “No es relevante, el artículo se puede eliminar sin afectar la medición de la dimensión”; 2 “No es muy relevante, el ítem tiene cierta relevancia, pero evalúa aspectos muy secundarios de la dimensión o solo están relacionados indirectamente con ella”; 3 “Relevante, el ítem refleja aspectos importantes de la dimensión evaluada o directamente relacionada con ella”.

2.3. Procedimiento

Una vez seleccionados los participantes, se les envió por correo electrónico la invitación a participar del estudio junto con las instrucciones para completar una plantilla digital de doble entrada que fue incluida en las filas los componentes de cada dimensión a evaluar y en las columnas cada uno de los criterios a puntuar. Al final del documento de revisión se incluía un espacio libre para que el evaluador indicara

aquellas observaciones y apreciaciones que estimara en cada uno de los ítems.

Una vez llenado el formulario, el participante remitía sus respuestas vía email al investigador para su análisis.

2.4. Análisis de datos

Para el análisis de los datos de representatividad y relevancia se utilizó el índice de Osterlind (Osterlind, 1998). Se calcula un índice de Osterlind para cada ítem de las dimensiones.

El índice de Osterlind suele utilizarse para medir la validez de contenido de ítems a través de opiniones de expertos. Esta herramienta es útil en las fases iniciales del estudio, puesto que buscan asegurar que los ítems reflejen adecuadamente los conceptos que se han definido teóricamente (Sanduvete-Chaves et al., 2014).

Los ítems que obtienen una puntuación de $p \geq .6$ en el índice de Osterlind podrán incluirse en el protocolo propuesto. Para el análisis de datos de claridad, se utilizaron frecuencias y porcentajes.

3. Resultados

En la dimensión de factores psicopatológicos (Tabla 2), 41 ítems obtuvieron puntuaciones entre .67 y .91. En cuanto a la relevancia, un total de

25 ítems fueron considerados como relevantes o importantes para medir esta dimensión, de los cuales 15 obtuvieron puntuaciones entre .67 y .83.

Tabla 2: Índice de representatividad, relevancia y claridad de los factores psicopatológicos.
Fuente: Elaboración propia..

	Índice de Representatividad	Índice de Relevancia
Depresión		
Disfrutar de las cosas menos que antes	1	1
Estar triste/tristeza	1	1
Sentimientos de soledad	.833	.667
Pensar que la vida no tiene sentido	.833	.667
Deseos de muerte	.833	.667
Pensar que no le importa a nadie	.833	.667
Ganas de llorar	.833	.667
Pensar que tiene mala suerte	.917	.667

Ansiedad		
Rumiar/preocupación intrusiva	.833	.667
Agobio por los problemas	.833	.667
Crisis de ansiedad	.917	.833
Miedo a equivocarse	.745	.833
Consumo de sustancias		
Fumar marihuana o porros con los amigos	.833	.667
Beber alcohol con los amigos	1	1
Sintomatología postraumática		
Afectación por los sucesos vividos	.833	1
Vergüenza por hablar de sucesos vividos	.917	.833
Imágenes intrusivas	1	1
Pensamientos e imágenes intrusivas y repetitivas	.833	.667
Obsesión-compulsión		
Compulsiones de orden	1	1
Ansiedad si evita compulsiones	1	.667
Miedo a ensuciarse o contaminarse	.917	1
Comprobación compulsiva	1	.667
Presencia de quejas somáticas		
Cansancio matutino	1	1
Dolor de cabeza	1	1

En la dimensión de factores cognitivos y conductuales (Tabla 3) resultaron trece ítems fueron considerados como representativos, característicos o típicos de dicha dimensión, de los cuales siete obtuvieron puntuaciones entre .6 y

.8, y seis una puntuación igual a 1. Por otra parte, trece ítems fueron considerados como relevantes, seis con puntuaciones de .6 y .8 y siete ítems con una puntuación de 1.

Tabla 3: Índice de representatividad y relevancia de los factores cognitivos y conductuales.
Fuente: Elaboración propia..

	Índice de Representatividad	Índice de Relevancia
Ideas suicidas		
Deseos de muerte o de no despertar	1	1
Ideas de suicidarse	1	1
Pensamientos de cómo llevaría esta idea a cabo	1	1
Ideas acompañadas de intención de llevarlas a cabo	1	1
Intentos suicidadas		
Elaboración de detalles sobre cómo suicidarse e intenciones de llevar a cabo el plan	.833	.833
Intentos previos/planificación o preparativos previos para terminar con su vida	.833	.833
Conducta autolesiva		
Cortarte o arañarte la piel	1	1
Golpearte a ti mismo a propósito	1	1
Arrancarte pelo	.667	.667
Quemarte la piel (con un cigarrillo u otro objeto caliente)	.667	1
Introducir objetos por debajo de las uñas o de la piel	.833	.833
Rasparte la piel	.667	.667

En la dimensión correspondiente a los factores de antecedentes históricos o familiares (Tabla 4) se encontró un total de dos ítems considerados relevantes y representativos, ambos con un índice de relevancia de .67 y un índice de representatividad igual a 1.

Tabla 4: Índice de representatividad y relevancia de los antecedentes históricos o familiares.
Fuente: Elaboración propia..

	Índice de Representatividad	Índice de Relevancia
Conducta suicida familiar		
Familiar con antecedente de intento suicida	1	.667
Familiar con antecedente de suicidio	1	.667

Cuando se exploraron los ítems contenidos en la dimensión de factores emocionales-motivacionales (Tabla 5), referidos: nivel de desesperanza y razones para vivir, se encontraron un total de 29 ítems representativos y 30 relevantes. De los cuales, 18 obtuvieron un índice de representatividad entre .67 y .83 y otros 18 un índice de relevancia entre estas mismas puntuaciones. Doce ítems obtuvieron un índice de relevancia igual a 1.

Tabla 5: Índice de representatividad y relevancia de los factores cognitivos y conductuales.
Fuente: Elaboración propia..

	Índice de Representatividad	Índice de Relevancia
Nivel de desesperanza		
Esperar el futuro con esperanza y entusiasmo	1	1
Esperar en el futuro conseguir lo que interesa	.833	.833
Pensar en el futuro como algo oscuro	1	1
Ver todo desagradable	1	1
No esperar conseguir lo que se desea	1	1
Esperar ser más feliz en el futuro	.667	.667
Tener una gran confianza en el futuro	.833	.833
Poder lograr una satisfacción real en el futuro	.833	.833
Esperar mejores épocas	1	1
Razones para vivir		
Creer tener control sobre su vida	.833	.833
Tener deseos de vivir	1	1
Tener miedo a la muerte	.667	.667
No querer morir	.667	.667
Querer ver a sus hijos (as) crecer	1	1
Tener planes futuros que desea hacer	1	1
Querer y disfrutar la familia	1	1
Valor por la vida	.667	1
Posibilidad de encontrar otras soluciones al problema	.667	.667
Estima y empatía por el dolor de la familia	1	1
Expectativas de cosas por hacer en el futuro	1	.833
Estar feliz y alegre con la vida	.667	.667
Tener la esperanza que las cosas serán mejor	.833	.833
No tener intención de apurar la muerte	.667	.667
No querer que la familia piense que es egoísta ni cobarde	.667	.667

La dimensión de factores vitales adversos o potencialmente traumáticos (Tabla 6) explora los indicadores de abuso físico, psicológico o sexual, así como de experiencias de separación o rechazo,

bullying y ciberbullying y exposición a otros suicidios. Para esta dimensión, 22 ítems fueron considerados representativos o relevantes.

Tabla 6: Índice de representatividad y relevancia de factores vitales adversos o potencialmente traumáticos.

Fuente: Elaboración propia..

	Índice de Representatividad	Índice de Relevancia
Abuso físico, psicológico o sexual		
Agresión sexual (violación, intento de violación, hecha para realizar cualquier tipo de acto sexual a través de la fuerza o amenaza de daño)	1	.667
Otra experiencia sexual no deseada o incómoda	1	1
Experiencias de separación o rechazo		
Bullying y Ciberbullying		
Alguien le ha amenazado	1	.833
Ha sido excluido o ignorado por otras personas	1	1
Alguien ha difundido rumores sobre el/ella	.667	.667
Ha golpeado, pateado o empujado a alguien	.667	1
Ha insultado y ha dicho palabras ofensivas a alguien	1	1
Ha dicho a otras personas palabra ofensivas sobre alguien	.667	.667
Ha amenazado a alguien	1	1
Ha difundido rumores sobre alguien	1	1
Alguien le ha amenazado a través de mensajes en internet o SMS	1	1
Alguien le ha pirateado su cuenta de correo y ha sacado su información personal	1	.833
Alguien ha colgado videos o fotos privadas suyas en internet	.667	.667
Ha sido excluido o ignorado de una red social o de chat	.833	.833
Ha amenazado a alguien a través de SMS o mensajes en internet	.667	1
Ha pirateado la cuenta de correo de alguien y ha robado su información personal	.667	1
Ha pirateado la cuenta de alguien y se ha hecho pasar por él/ella	.667	1
Ha colgado videos o fotos comprometidas de alguien en internet	.667	.667
Ha retocado fotos o videos de alguien que estaban colgados en internet	.667	.667
Ha difundido rumores sobre alguien en internet	.833	.833

Al observar los resultados obtenidos en la dimensión de los factores ambientales y circunstanciales (Tabla 7) que busca valorar aspectos relacionados con el consumo de materiales de promoción y

divulgación de la conducta suicida a través de los diferentes medios, resultó que un total de 4 ítems fueron considerados representativos obteniendo puntuaciones de .67.

Tabla 7: Índice de representatividad y relevancia de factores ambientales y circunstanciales.
Fuente: Elaboración propia..

	Índice de Representatividad	Índice de Relevancia
Consumo de materiales de promoción y divulgación de la conducta suicida (televisión, radio, internet)		
Haber visto imágenes o leído últimamente sobre autolesión o suicidio en algún medio audiovisual	.667	.667
Haber sentido la tentación de hacerse daño después de ver algún tipo de contenido en internet	.667	.667
Haber sentido la tentación de hacerse daño y ha buscado ayuda en internet	.667	.667

Los factores sociales, interpersonales y familiares (Tabla 8) obtuvieron resultados de relevancia y representatividad en las dimensiones de problemas con los compañeros y apoyo social con rangos de .67 y .83.

Tabla 8: Índice de representatividad y relevancia de los factores sociales, interpersonales y familiares.
Fuente: Elaboración propia..

	Índice de Representatividad	Índice de Relevancia
Problemas con los compañeros		
Los demás se ríen de él/ella en el colegio o instituto	1	1
Le pegan en el colegio o instituto	.667	.667
Sus compañeros de clase le ignoran	1	.833
Apoyo social		
Sus amigos acuden a él/ella cuando tienen problemas	1	1
Es sociable	1	.667
Considera que tiene amigos de verdad	1	.833

Finalmente, dentro de los factores de personalidad (Tabla 9) catorce obtuvieron valores aceptados de representatividad y relevancia tales como los indicadores relacionados con hiperactividad, impulsividad y regulación emocional. Los factores vinculados a la teoría Volitivo motivacional (Tabla 10) obtuvieron 41 indicadores aceptados en los ítems de atrapamiento, derrota, y eficacia percibida para el suicidio.

Tabla 9: Índice de representatividad y relevancia de los factores de personalidad.
Fuente: Elaboración propia..

	Índice de Representatividad	Índice de Relevancia
Hiperactividad-Impulsividad		
Suelen decirle que interrumpe los demás y que no para de hablar	.667	.667
Le dicen que es muy impaciente	.667	.667
Regulación emocional		
Le cuesta entender sus sentimientos	.833	.833

En cuanto a la claridad, los ítems de las nueve dimensiones obtuvieron puntuaciones entre el 86% y el 100% de aprobación por parte de los expertos.

Tabla 10: Índice de representatividad y relevancia de los factores de la teoría volitivo motivacional.
Fuente: Elaboración propia..

	Índice de Representatividad	Índice de Relevancia
Nivel de desesperanza		
Quiere escapar de sí mismo/a	.667	.667
Le gustaría huir de sus pensamientos y sentimientos	.667	.833
Siente que está en un pozo del que no puede salir	1	1
Se siente atrapado/a	1	1
Desea escapar de su vida	1	1
A menudo tiene la sensación de que le gustaría huir	.667	.833
Se siente incapaz de cambiar las cosas	1	1
No ve salida a su situación actual	1	1
Siente que no tiene lugar en el mundo	.667	1
Siente que la vida le ha tratado muy mal	.667	.667
Se siente impotente	.667	.667
Se siente capaz de afrontar cualquier situación que se interponga en su camino	.667	.667
Siente que ha tocado fondo	.667	1
Se siente hundido/a y perdido/a	1	.667
Siente que no le queda fuerzas para luchar	.667	.833
Capacidad adquirida (Eficacia percibida) para el suicidio		
Tiene mucho miedo a morir	.667	1
No le molesta que la muerte sea el final de la vida tal como la conoce	.667	.833
Puede tolerar una gran cantidad de molestias físicas	.667	.833

4. Discusión

Como primer resultado general, se han podido seleccionar, según criterios de validez de contenido, una serie de ítems que miden las facetas relacionadas con la conducta autolesiva más relevantes según la literatura. Las variables elegidas para formar parte de este protocolo estuvieron conformadas por escalas o test con comprobadas evidencias de validez y confiabilidad (Tabla 1) (Al-Halabí et al., 2016; Ordoñez-Carrasco et al., 2021)

Las dimensiones que tuvieron mayor cantidad de ítems relevantes y pertinentes fueron, en orden descendente, los factores

psicopatológicos, factores cognitivos, factores volitivo-motivacionales, factores adversos o potencialmente traumáticos y factores históricos o familiares. Con menos del cincuenta por ciento de los ítems se encontraron los factores emocionales y motivacionales, ambientales y circunstanciales y, por último, los factores de personalidad.

La primera dimensión analizada hace referencia a los factores psicopatológicos, destacando los ítems de depresión, ansiedad, consumo de sustancias, sintomatología postraumática, obsesión y compulsión y presencia de quejas somáticas. Todos ellos obtuvieron puntuaciones

de significación tanto para la representatividad como para la relevancia de la prueba. La sintomatología depresiva, ansiosa y adictiva está ampliamente estudiada como factores vinculantes al riesgo suicida (Baca García y Aroca, 2014) (Park et al., 2020). En el caso de la sintomatología postraumática, aunque son menos los estudios que establecen esta relación (González y Crespo, 2022), existe evidencia que muestra que la identificación y tratamiento de los indicadores postraumáticos reducen el riesgo de suicidio. En menor medida se muestran estudios con presencia de quejas somáticas (Lopez-Vega, et al, 2020) vinculadas al riesgo suicida. De manera similar, los rasgos de comportamientos obsesivos compulsivos aumentan significativamente los riesgos de mostrar conductas suicidas (Albert et al., 2019).

En la dimensión de los factores cognitivos, se aceptaron los indicadores de intentos, ideas y conductas autolíticas mientras que se excluyeron los ítems de planeación suicida. Por tanto los participantes hallaron que la formulación de los ítems de Planeación suicida no se ajustaba a la medida pretendida o que su contenido no era relevante para la dimensión en la cual se les incluye. Este resultado no es coherente con estudios previos sobre factores de riesgo que incluyen la planeación suicida como un aspecto a considerar para la estimación del riesgo suicida (Hernández-Bello et al., 2020). Es posible que la relevancia de los ítems de ideación e intencionalidad hayan desplazado el valor de la planificación, la cual puede también considerarse una forma de ideación.

En otro orden, haciendo referencia a los ítems vinculados a la dimensión de los factores volitivo-motivacionales aceptados se centran en el sentimiento de atrapamiento y derrota que siente la persona, quedando en menor proporción los ítems vinculados a la capacidad adquirida o eficacia percibida del suicidio. Estudios previos señalan la relación directa entre los aspectos de atrapamiento y derrota con la ideación suicida en adolescentes (O'Connor et al., 2018). A diferencia del caso de la capacidad adquirida para el suicidio la cual no ha mostrado evidencias de validez interna (González-Betnazos, et al., 2022). La capacidad adquirida para el suicidio, está vinculada

principalmente como proceso de transición entre la ideación y el intento suicida y pudiera no ser un elemento de valoración del riesgo inicial (Joiner, 2005; Van Orden et al., 2010).

Los ítems referidos a los abusos y experiencias de violencia vividas correspondientes a la dimensión de factores adversos y potencialmente traumáticos fueron considerados tanto representativos como relevantes. Algunos estudios han resaltado cómo la experiencia de acontecimientos adversos o traumáticos en la vida, y en especial en la infancia como el maltrato son factores de riesgo o inclusive factores determinantes del suicidio (García et al., 2006).

Al respecto de los ítems que señalan la existencia de suicidios previos en la familia obtuvieron una puntuación adecuada de representatividad y relevancia. En sintonía con la literatura, estos ítems son considerados como indicadores relevantes para el análisis del riesgo suicida (Hernández-Bello et al., 2020). Se descartaron los ítems relativos a identificar la mera relación de parentesco con el miembro de la familia fallecido.

En cuanto a la dimensión que agrupa los factores emocionales y motivacionales, el 43% fue considerado representativo y el 44% considerado relevante para los ítems vinculados a los contenidos de desesperanza y razones para vivir. Muchos de los expertos que participaron en el presente estudio no valoraron positivamente la mayoría de estos ítems como importantes o característicos de lo que se pretendía medir. Consistentemente, resultados parecidos fueron encontrados en otros estudios donde se sopesa la conveniencia de utilizar estos ítems por su debilidad para la estimación del riesgo del suicidio (Rueda-Jaimes et al., 2016). Es posible que esto se deba a que se prefiera considerar estas dimensiones para la intervención clínica y no así para la valoración del riesgo. La misma consideración es recomendada como buena practica para la evaluación y tratamiento de la conducta suicida (Rueda-Jaimes et al., 2016).

Los ítems vinculados a la dimensión de factores ambientales y circunstanciales fueron considerados como representativos y relevantes, específicamente los relativos a la promoción y

difusión de imágenes, videos o textos de material violento o suicida. Los juicios de expertos que participaron en el presente estudio valoraron la exposición a informaciones de contenido suicida como factores de riesgo. La OMS ha explicado el papel de la influencia de los medios de comunicación sobre las actitudes, creencias y comportamientos suicidas y autolesivos (Herrera et al, 2015), y ha resaltado la importancia de prestar atención a este factor de riesgo. Los ítems de las dimensiones sociales, interpersonales y familiares que fueron considerados como adecuados para estimar esta escala están relacionados con contenidos de abuso o acoso escolar, el cual es un factor de riesgo importante, y es coherente con la dimensión de efectos adversos.

La literatura ha destacado que la impulsividad está presente en cerca de la mitad de personas con ideas suicidas y autolesivas (Sauceda et al., 2006) consistentemente con estos resultados, los ítems de la dimensión de personalidad valorados positivamente por los expertos de este trabajo fueron los vinculados a impulsividad e hiperactividad.

Cabe mencionar algunas limitaciones del presente estudio. En primer lugar, relativas a la baja participación de los expertos, derivada, posiblemente, de la elevada extensión de la hoja de valoración de los ítems por dimensiones. Esto se ha considerado por algunos autores como un aspecto amenazante para completar una encuesta (Roco Videla et al., 2021). En segundo lugar, las diferencias lingüísticas de los expertos derivadas de sus diferentes nacionalidades y contextos culturales cuyas expresiones idiomáticas pueden incidir en el juicio de los ítems como más o menos acertados; en tercer lugar, algunos de los participantes poseen paradigmas o modelos teóricos preferentes, lo cual pudiera sesgar la valoración del contenido de los ítems alineándolos hacia los postulados de su marco teórico de referencia. Finalmente, una cuarta limitación, ha sido el reducido número de expertos especializados tanto en el área del comportamiento suicida en adolescentes como en psicometría, particularmente en análisis de contenido. Todo eso hace que los resultados del presente estudio deban tomarse con precaución. Futuros estudios deberían replicar estos resultados con muestras

más amplias, con el diseño de una escala más parsimoniosa y la inclusión de diferentes fuentes informantes.

No obstante, el conjunto de estos resultados representa un primer intento en el ámbito de la investigación psicométrica de construir una escala a partir del contenido de pruebas previamente validadas; y más aún, mediante la obtención de evidencias de validez de contenido a partir del conjunto de todos los ítems y variables asociadas a los principales factores de riesgo de la conducta suicida en adolescentes y jóvenes.

Se reconoce que esta metodología de agrupar ítems de conceptualizaciones diferentes es poco convencional, sin embargo, ofrece la oportunidad de establecer análisis y comparaciones más rigurosas de los diferentes factores asociados a la conducta suicida y autolesiva, desde una perspectiva de los diferentes modelos teóricos. Este tipo de organización y estructuración de ítems se ha utilizado en el ámbito de la psicología forense para crear protocolos que estimen el riesgo de violencia (Pueyo et al., 2008), y aplicado al ámbito de la conducta suicida invita a seguir explorando esta posibilidad metodológica.

La utilización de los resultados de este estudio es útil tanto para la investigación psicométrica como para la práctica clínica, pues posibilita una mejor categorización de los factores vinculados al problema y su articulación con los marcos de intervención terapéutica.

Los factores asociados que contempla este instrumento pueden servir de guía para el diseño de programas de psicoeducación o de intervención social que se desarrollen en el ámbito comunitario o escolar para la prevención del problema en la población infanto juvenil.

Este estudio podría considerarse como el primer estudio de validez de contenido de un protocolo de valoración de riesgo suicida en adolescentes, realizado en el contexto de la República Dominicana, lo que proporciona un marco antecedente para la realización de otros estudios en el área de la psicometría que pudiera generalizarse a otros países de similares características psicosociales y culturales.

Los estudios de validez de contenido que deseen realizarse, deben tomar en cuenta la cantidad de participantes del muestreo (Roco Videla et al., 2021). Y en el diseño del instrumento, un factor relevante a tomar en cuenta es considerar la

pertinencia de la inclusión de escalas psicológicas para la obtención de los datos o el uso de las entrevistas clínicas como otras fuentes de información alternativas y complementarias.

5. Referencias bibliográficas

- Al-Halabí, S., Sáiz, P. A., Burón, P., Garrido, M., Benabarre, A., Jiménez, E., Cervilla, J., Navarrete, M. I., Díaz-Mesa, E. M., García-Álvarez, L., Muñiz, J., Posner, K., Oquendo, M. A., García-Portilla, M. P., y Bobes, J. (2016). Validación de la versión en español de la Columbia-Suicide Severity Rating Scale (Escala Columbia para Evaluar el Riesgo de Suicidio). *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 9(3), 134-142. <https://doi.org/10.1016/j.rpsm.2016.02.002>
- Albert, U., De Ronchi, D., Maina, G., y Pompili, M. (2019). Suicide Risk in Obsessive-Compulsive Disorder and Exploration of Risk Factors: A Systematic Review. *Current Neuropsychopharmacology*, 17(8), 681-696. <https://doi.org/10.2174/1570159X16666180620155941>
- Arendt, F., Markiewitz, A., y Scherr, S. (2020). Investigating suicide-related Subliminal messages on Instagram. *Crisis*, 42(4), 263-269 <https://doi.org/10.1027/0227-5910/a000717>
- Ayuso-Mateos, J. L., Baca-García, E., Bobes, J., Giner, J., Giner, L., Pérez, V., Sáiz, P. A., y Saiz Ruiz, J. (2012). Recomendaciones preventivas y manejo del comportamiento suicida en España. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 5(1), 8-23. <https://doi.org/10.1016/j.rpsm.2012.01.001>
- Baca García, E., y Aroca, F. (2014). Factores de riesgo de la conducta suicida asociados a trastornos depresivos y ansiedad. *Salud mental*, 37(5), 373-380. https://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S0185-33252014000500003&script=sci_arttext
- Beck, A. T., Weissman, A., Lester, D., & Trexler, L. (1974). The measurement of pessimism: The Hopelessness Scale. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 42(6), 861-865. <https://doi.org/10.1037/h0037562>
- Brunner, R., Kaess, M., Parzer, P., Fischer, G., Resch, F., Carli, V., Hoven, C., Wasserman, C., Sarchiapone, M., y Wasserman, D. (2013). 3038 – Characteristics of non-suicidal self-injury and suicide attempts among adolescents in europe: Results from the european research consortium seyle. *European Psychiatry*, 28(1). [https://doi.org/10.1016/S0924-9338\(13\)77531-X](https://doi.org/10.1016/S0924-9338(13)77531-X)
- Caballero Díaz, A. I. (2023). *Factores de riesgo, factores de protección e intervenciones en el suicidio adolescente. Una revisión sistemática*. Repositorio Institucional Universidad Europea.
- Carretero, E. M. (2024). *Influencia de las Redes Sociales e Internet en la autolesión y el suicidio en niños, adolescentes y adultos jóvenes*. Universidad Nacional de Educación a Distancia.
- Cohen, R. J., y Swerdlik, M. E. (2001). *Psychological testing and assessment: An introduction to tests and measurement*. McGraw-Hill.
- De Leo, D., y Heller, T. S. (2004). Who are the kids who self-harm? An Australian self-report school survey. *The Medical Journal of Australia*, 181(3), 140-144. <https://doi.org/10.5694/j.1326-5377.2004.tb06204.x>

- DeBastiani, S., y De Santis, J. P. (2018). Suicide Lethality: A Concept Analysis. *Issues in Mental Health Nursing*, 39(2), 117-125. <https://doi.org/10.1080/01612840.2017.1364812>
- Escobar-Pérez, J., y Cuervo-Martínez, Á. (2008). Validez de contenido y juicio de expertos: una aproximación a su utilización. *Avances en medicina*, 6(1), 27-36. https://gc.scalahed.com/recursos/files/r161r/w25645w/Juicio_de_expertos_u4.pdf
- Faura-García, J., Calvete Zumalde, E., Orue Sola, I., Faura-García, J., Calvete Zumalde, E., y Orue Sola, I. (2021). Autolesión no suicida: Conceptualización y evaluación clínica en población hispanoparlante. *Papeles del Psicólogo*, 42(3), 207-214. <https://doi.org/10.23923/pap-psicol.2964>
- González-Betanzos, F., Trejo-Cruz, V. H., de la Torre, A. E. H., Heredia, M. E. R., y Padrós-Blázquez, F. (2023). Escala de Capacidad Adquirida para el Suicidio: Propiedades Psicométricas de la Adaptación al Español. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación Psicológica*, 70(4). <https://doi.org/10.21865/RIDEP70.4.09>
- González, E., y Crespo, M. (2022). Revisión sistemática de la relación entre sintomatología postraumática y conducta suicida Systematic review of the relationship between post-traumatic symptomatology and suicidal behavior. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 27, 73-90. <https://doi.org/10.5944/rppc.27757>
- Gracia García, P., Barrera Francés, A., y Bel Agudo, M. J. (2006). Factores de riesgo de suicidio en niños y adolescentes: Una revisión bibliográfica. *Revista de Psiquiatría Infanto-Juvenil*, 23(1, 3 y 4), 33-38. <https://www.aepnya.eu/index.php/revistaepnya/article/view/43>
- Gray, M. J., Litz, B. T., Hsu, J. L., y Lombardo, T. W. (2004). Psychometric Properties of the Life Events Checklist. *Assessment*, 11(4), 330-341. <https://doi.org/10.1177/1073191104269954>
- Hernández Bello, L., Hueso Montoro, C., Gómez Urquiza, J. L., Milanés, C., y Cogollo Milanés, Z. (2020). Prevalencia y factores asociados a la ideación e intento de suicidio en adolescentes: revisión sistemática. [Trabajo académico, Universidad de Granada]. Repositorio Institucional de la Universidad de Granada. <http://hdl.handle.net/10481/63924>
- Herrera Ramírez, R., Ures Villar, M. B., y Martínez Jambina, J. J. (2015). The treatment of suicide in the Spanish press: ¿Werther effect or Papageno effect? *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 35(125), 123-134.
- Huguet Cuadrado, E. (2023). Ideación y conducta suicida en contexto clínico asistencial. [Trabajo de fin de máster, Universidad Complutense de Madrid]. e-Prints Complutense. <https://hdl.handle.net/20.500.14352/88994>
- Joiner, T. E. (2005). *Why people die by suicide*. Harvard University Press.
- Kessler, R. C., Bossarte, R. M., Luedtke, A., Zaslavsky, A. M., y Zubizarreta, J. R. (2020). Suicide prediction models: a critical review of recent research with recommendations for the way forward. *Molecular psychiatry*, 25(1), 168-179. <https://doi.org/10.1038/s41380-019-0531-0>
- Kirchner, T., Ferrer, L., Forns, M., y Zanini, D. (2011). Self-harm behavior and suicidal ideation among high school students: Gender differences and relationship with coping strategies. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 39(4), 226-235. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21769746/>
- Kushner, H. I., y Sterk, C. E. (2005). The Limits of Social Capital: Durkheim, Suicide, and Social Cohesion. *American Journal of Public Health*, 95(7), 1139-1143. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2004.053314>
- Laukkanen, E., Rissanen, M.-L., Honkalampi, K., Kylmä, J., Tolmunen, T., y Hintikka, J. (2009). The prevalence of self-cutting and other self-harm among 13- to 18-year-old Finnish adolescents. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 44(1), 23-28. <https://doi.org/10.1007/s00127-008-0398-x>
- Linehan, M. M., Goodstein, J. L., Nielsen, S. L., y Chiles, J. A. (1983). Reasons for staying

- alive when you are thinking of killing yourself: The Reasons for Living Inventory. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 51(2), 276–286. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.51.2.276>
- Lopez-Vega, J., Amaya-Gil, M. K., Salamanca Camargo, Y. y Caro Castillo, J. D. (2020). Relación entre psicopatologías e ideación suicida en adolescentes escolarizados de Colombia. *Psicogente* 23(44), 1-18. <https://doi.org/10.17081/psico.23.44.3709>
- Mosquera, L. (2016). Conducta suicida en la infancia: Una revisión crítica. *Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes*, 3(1), 9-18.
- Muehlenkamp, J. J., Claes, L., Havertape, L., y Plener, P. L. (2012). International prevalence of adolescent non-suicidal self-injury and deliberate self-harm. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 6(1), 10. <https://doi.org/10.1186/1753-2000-6-10>
- Nixon, M. K., Cloutier, P., y Jansson, S. M. (2008). Nonsuicidal self-harm in youth: A population-based survey. *Canadian Medical Association Journal*, 178(3), 306-312. <https://doi.org/10.1503/cmaj.061693>
- Nock, M. K., Joiner, T. E., Gordon, K. H., Lloyd-Richardson, E., y Prinstein, M. J. (2006). Non-suicidal self-injury among adolescents: Diagnostic correlates and relation to suicide attempts. *Psychiatry Research*, 144(1), 65-72. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2006.05.010>
- O'Connor, R. C. y Portzky, G. (2018). The relationship between entrapment and suicidal behavior through the lens of the integrated motivational-volitional model of suicidal behavior. *Current Opinion in Psychology*, 22, 12–17. <https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2017.07.021>
- Obando, D., Trujillo, Á., y Prada, M. (2019). Conducta autolesiva no suicida en adolescentes y su relación con factores personales y contextuales. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 23(3), 189. <https://doi.org/10.5944/rppc.vol.23.num.3.2018.21278>
- Oficina Nacional de Estadística (2024). *Boletín Demográfico y Social No 9—Suicidio en la República Dominicana, 2019-2023*. Oficina Nacional de Estadística (ONE). <https://www.one.gob.do/publicaciones/2024/boletin-demografico-y-social-no-9-suicidio-en-la-republica-dominicana-2019-2023/?altTemplate=publicacionOnline>.
- Oficina Panamericana de la Salud (2022). *Mortalidad por suicidio en la Región de las Américas. Informe regional 2015-2019* [Technical reports]. OPS. <https://doi.org/10.37774/9789275324769>
- Ordoñez-Carrasco, J. L., Cuadrado-Guirado, I., Rojas-Tejada, A., Ordoñez-Carrasco, J. L., Cuadrado-Guirado, I., y Rojas-Tejada, A. (2021). Adaptación al español de las escalas de derrota y atrapamiento en jóvenes adultos: Propiedades psicométricas. *Terapia psicológica*, 39(1), 17-37. <https://doi.org/10.4067/S0718-48082021000100017>
- Organización Panamericana de la Salud. (2022). *La salud mental en la Región de las Américas. Prevención del suicidio*. <https://www.paho.org/es/temas/prevencion-suicidio>.
- Organización Panamericana de la Salud (2023). *La OMS lanzó nuevos recursos sobre la prevención y despenalización del suicidio*. https://www.paho.org/es/noticias/12-9-2023-oms-lanzo-nuevos-recursos-sobre-prevencion-despenalizacion-suicidio?utm_source=chatgpt.com.
- Ortega-Ruiz, R., Del Rey, R., y Casas, J. A. (2016). Evaluar el bullying y el cyberbullying validación española del EBIP-Q y del ECIP-Q. *Psicología Educativa*, 22(1), 71-79. <https://doi.org/10.1016/j.pse.2016.01.004>
- Osterlind, S.J. (1998). *Constructing test items: Multiple choice, constructed-response, performance and other formats*. Kluwer Academic Publishers.
- Pan American Health Organization. (2021). *The burden of suicide in the Region of the Americas*. <https://www.paho.org/en/enlace/burden-suicide>.

- Park, C. H. K., Lee, J. W., Lee, S. Y., Moon, J., Jeon, D.-W., Shim, S.-H., Cho, S.-J., Kim, S. G., Lee, J., Paik, J.-W., Kim, M.-H., You, S., Jeon, H. J., Rhee, S. J., Kim, M. J., Kim, J., y Ahn, Y. M. (2020). Suicide risk factors across suicidal ideators, single suicide attempters, and multiple suicide attempters. *Journal of Psychiatric Research*, 131, 1-8. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2020.08.018>
- Pirkis, J., Blood, W., Sutherland, G., y Currier, D. (2018). *Suicide and the news and information media. Suicide. Everymind*. <https://sprc.org/wp-content/uploads/2022/12/PirkisCritical-Review-Suicide-and-the-news-and-information-media2018.pdf>
- Pisani, A. R., Schmeelk-Cone, K., Gunzler, D., Petrova, M., Goldston, D. B., Tu, X., y Wyman, P. A. (2012). Associations Between Suicidal High School Students' Help-Seeking and Their Attitudes and Perceptions of Social Environment. *Journal of Youth and Adolescence*, 41(10), 1312-1324. <https://doi.org/10.1007/s10964-012-9766-7>
- Posner, K., Brown, G. K., Stanley, B., Brent, D. A., Yershova, K. V., Oquendo, M. A., Currier, G. W., Melvin, G. A., Greenhill, L., Shen, S., & Mann, J. J. (2011). The Columbia–Suicide Severity Rating Scale: Initial Validity and Internal Consistency Findings from Three Multisite Studies With Adolescents and Adults. *American Journal of Psychiatry*, 168(12), 1266-1277. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2011.10111704>
- Pueyo, A. A., López, S., y Álvarez, E. (2008). Valoración del riesgo de violencia contra la pareja por medio de la SARA. *Papeles del Psicólogo*, 29(1), 107-122. <https://www.papelesdelpsicologo.es/pdf/1543.pdf>
- Rangel-Garzón, C. X., Suárez-Beltrán, M. F., y Escobar-Córdoba, F. (2015). Escalas de evaluación de riesgo suicida en atención primaria. *Revista de la Facultad de Medicina*, 63(4), 707-716. <https://doi.org/10.15446/revfacmed.v63.n4.50849>
- Roco Videla, Á., Hernández Orellana, M., Silva González, O., Roco Videla, Á., Hernández Orellana, M., y Silva González, O. (2021). ¿Cuál es el tamaño muestral adecuado para validar un cuestionario? *Nutrición Hospitalaria*, 38(4), 877-878. <https://doi.org/10.20960/nh.03633>
- Ross, S., & Heath, N. (2002). A study of the frequency of self-mutilation in a community sample of adolescents. *Journal of Youth and Adolescence*, 31(1), 67-77. <https://doi.org/10.1023/A:1014089117419>
- Rueda-Jaimes, G. E., Castro-Rueda, V. A., Rangel-Martínez-Villalba, A. M., Moreno-Quijano, C., Martínez-Salazar, G. A., y Camacho, P. A. (2018). Validación de la Escala de Desesperanza de Beck en pacientes con riesgo suicida. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 11(2), 86-93. <https://doi.org/10.1016/j.rpsm.2016.09.004>
- Sánchez-Sánchez, F., Fernández-Pinto, I., Santamaría, P., Carrasco, M. A., y del Barrio, V. (2016). SENA, Sistema de Evaluación de Niños y Adolescentes: proceso de desarrollo y evidencias de fiabilidad y validez. *Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes*, 3(2), 23-34. <https://www.redalyc.org/pdf/4771/477152554003.pdf>
- Sanduvete-Chaves, S., Chacón-Moscoso, S., Sánchez Martín, M., y Pérez-Gil, J. A. (2014). El Índice de Osterlind Revisado. Un Análisis Comparativo en Estudios de Validez de Contenido. *Acción Psicológica*, 10(2), 19–26. <https://doi.org/10.5944/ap.10.2.11821>
- Sauceda-García, J. M., Lara-Muñoz, M. del C., y Fócil-Márquez, M. (2006). Violencia autodirigida en la adolescencia: el intento de suicidio. *Boletín Médico del Hospital Infantil de México*, 63(4), 223–231. http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-11462006000400002&lng=es&tlang=es
- Smith, P. N., Cukrowicz, K. C., Poindexter, E. K., Hobson, V., y Cohen, L. M. (2010). The acquired capability for suicide: A comparison of suicide attempters, suicide ideators, and non-suicidal controls. *Depression and anxiety*, 27(9), 871-877. <https://doi.org/10.1002/da.20701>
- Socha Rodríguez, M. A., Hernández Rincón, E. H., Guzmán Sabogal, Y. R., Ayala Escudero, A., & Moreno Gómez, M. D. M. (2020). Prevención de la conducta suicida en niños y adolescentes

en atención primaria. *Archivos de Medicina (Manizales)*, 21(1). <https://doi.org/10.30554/archmed.21.1.3781.2021>

Van Orden, K. A., Witte, T. K., Cukrowicz, K. C., Braithwaite, S. R., Selby, E. A., y Joiner, T. E. (2010). The interpersonal theory of suicide. *Psychological Review*, 117(2), 575–600. <https://doi.org/10.1037/a0018697>

Villa, P. A. M., Gordillo, N. M., Figueroa, G. V., y Flores, R. E. U. (2016). Adolescentes con autolesiones e ideación suicida: Un grupo con mayor comorbilidad y adversidad psicosocial. *Salud Pública de México*, 58(3), Article 3. <https://doi.org/10.21149/spm.v58i3.7893>

Whiting, D., y Fazel, S. (2019). How accurate are suicide risk prediction models? Asking the right questions for clinical practice. *BMJ Mental Health*, 22(3), 125-128. <https://doi.org/10.1136/ebmental-2019-300102>