



**Título del Proyecto**

Se debe dejar claro al lector los objetivos y variables centrales del estudio.

Adaptación cultural de la escala de Columbia para evaluar la gravedad de la ideación suicida (C-SSRS) en español para Colombia.

**Investigadores**

**Investigador Principal:** Barbosa Zamudio Diana Marcela

**Co-Investigador:** Vargas Chávez Diego Francisco  
Ferro Rodríguez Eugenio

(Apellidos y nombres)

**Asesor Metodológico:**

Ruiz Morales Álvaro de Jesús  
Moreno Luna Isabel del Socorro  
Rodríguez Romero Viviana Alejandra

(Apellidos y nombres)

**Nombre del grupo interinstitucional ante Colciencias:**

PSIMONART

**Marque con X la Línea de Investigación Prioritaria a la que pertenece:**

SALUD MENTAL

PSIQUIATRIA DINÁMICA

**Duración prevista del proyecto:** 12 (meses): Se han avanzado 7 meses de aprobaciones, quedan por ejecutar 2 meses de recolección de la información y 3 meses para análisis de resultados y divulgación.

**Descripción del Problema**

El planteamiento del problema debe brindar un argumento convincente de que los conocimientos disponibles son insuficientes para dar cuenta del problema y sus posibles alternativas de solución, o brindar un argumento convincente de la necesidad de someter a prueba si lo que se conoce y se da como un hecho verdadero, puede no ser tan cierto



dados nuevos hallazgos o nuevas situaciones. Debe ir referenciados los antecedentes científicos.

### Planteamiento del Problema

El suicidio encarna una tragedia personal, familiar y social; además, se ha convertido en una grave dificultad en salud pública en el marco de la problemática mundial de salud mental. En su aparición se evidencian numerosos factores culturales, sociales, psicológicos, clínicos y biológicos. Para la OMS se trata de un serio problema de salud pública (1). En la disertación de la fenomenología del suicidio, salta a la vista la presión de un listado de inconvenientes radicados y derivados de la vida cotidiana, eso sí, acotados cultural e históricamente (2).

Una gran variedad de situaciones se presentan en la vida de niños y adolescentes que llegan al suicidio o que en algún momento lo intentan, entre ellas están circunstancias de fracaso académico, conflictos familiares, abandono o ruptura de pareja, confusión/rechazo sobre la orientación o la identidad sexual, trauma por abuso/agresión física o sexual y ser víctima de acoso escolar o ciberacoso (2). Aproximadamente en el 70 % de los casos de suicidio en la población juvenil surge del fracaso escolar como un detonante y, ante el auge de las nuevas tecnologías de internet, se facilita el ciberacoso como otro problema de importancia dado que la tecnología permite la transmisión de contenidos humillantes mediante el anonimato del abusador (3).

Por su parte, entre los conflictos de la cotidianidad entre las personas adultas que cometen suicidio o lo intentan, se encuentran procesos de duelo y pérdida personal (divorcio, separación, muertes), pérdidas económicas y deudas financieras o laborales, desprecios interpersonales-familiares, conflictos legales-judiciales, soledad-aislamiento, enfermedades terminales o que conllevan al padecimiento de dolor crónico, discapacidad o pérdida de autonomía. Adicionalmente, la evidencia ha demostrado que entre los factores de riesgo para el suicidio se enumera un listado de diagnósticos psiquiátricos precedentes en el individuo, tales como la depresión, el trastorno bipolar, la esquizofrenia, el trastorno de la personalidad, el alcoholismo o abuso de sustancias (2).

Procurando acercarse a la perspectiva del suicida, se ha identificado que la conducta suicida es una escapatoria a una vida llena de problemáticas como las descritas previamente, además, el suicida se enfrenta a la ambivalencia del deseo de morir si la situación estresante permanece, o vivir si existiera algún cambio esperanzador. En algún momento la persona hace un análisis de su situación donde puede tomar la opción de auto-eliminarse, ya sea como resultado de un impulso incontrolable o desde una posición más reflexiva de su entorno (4).

Algunas investigaciones sugieren que la depresión, la desesperanza, la mayoría de trastornos mentales e incluso la impulsividad, predicen el suicidio, sin embargo, una evaluación más detenida revela que estas variables tienen dificultades para distinguir los que intentan suicidarse de los que tiene la ideación suicida, sugiriendo que estos representan predictores firmes para la ideación suicida, pero no para el intento suicida, y es que se hace crítica una adecuada distinción entre el que intenta y el que piensa en suicidio ya que la mayoría de los individuos con ideación no intentan suicidarse (5).

Aunque la ideación suicida sigue siendo la emergencia psiquiátrica más común que enfrentan los proveedores de salud mental, son los proveedores de atención primaria quienes tratan con mayor frecuencia su manejo y los factores de riesgo (6). Un estudio encontró que más del 90 % de las personas que se suicidan acuden a su proveedor de atención primaria dentro de las semanas o meses previos a su muerte (7). Sin embargo, la mayoría de los proveedores de atención primaria no logran detectar la ideación suicida



## PRESENTACIÓN DE ANTEPROYECTO DE INVESTIGACION INSTITUTO COLOMBIANO DEL SISTEMA NERVIOSO

FO-IN-03/ VERSION 1 /10-06-15

y no se consideran preparados para hacerlo. La evaluación de los pacientes que presentaban síntomas depresivos arrojó que solo en el 36 % los proveedores evaluaron la ideación suicida, y se identificaron muchas barreras potenciales (8).

Las herramientas de detección que incluyen, entre otras, la escala de Columbia para evaluar la gravedad de la ideación suicida (C-SSRS), pueden identificar a las personas en riesgo y que necesitan una evaluación adicional (6). El C-SSRS es un cuestionario público que puede ayudar a detectar el suicidio y formar una descripción detallada de las ideas o comportamientos suicidas de un individuo. Su administración es fácil y requiere una capacitación mínima, está disponible en varios idiomas y se incluye fácilmente en un registro médico electrónico (6). Un estudio realizado en Estados Unidos donde se analizaron los datos de los estudios que utilizaron la escala electrónica Columbia-Suicide Severity Rating Scale (eC-SSRS) para monitorear prospectivamente la ideación y los comportamientos suicidas entre septiembre de 2009 y mayo de 2011, incluyeron pacientes con diagnósticos como trastorno depresivo mayor, insomnio, trastorno de estrés postraumático, epilepsia y fibromialgia; en este estudio se extrajeron registros de 35 224 evaluaciones de eC-SSRS, se extrajo una muestra de 3776 pacientes, de la cual 201 (5,3 %) reportaron conducta suicida durante el período de seguimiento. Una aplicación de la prueba inicial con reporte positivo tuvo un VPP del 14 % y VPN del 98 % para comportamiento suicida en el futuro con un seguimiento a nueve semanas. La investigación arrojó una sensibilidad de la prueba del 67 %, una especificidad del 76 % (9). Teniendo como precedente que el español es el tercer idioma más hablado en el mundo, en el año 2016 se realizó la traducción y validación de la escala en español con una muestra de pacientes ambulatorios entre Oviedo, Barcelona y Granada, España (10). Los resultados arrojaron una amplia validez, facilitando su uso para los hablantes de este idioma, sin embargo, las estadísticas han demostrado tendencias diferentes para la gama de la comportamiento suicida entre los subgrupos poblacionales y su ubicación geográfica. Es así como en España, para el año 2020 la tasa de suicidio estuvo alrededor de 7,92 por 100 000 habitantes, con el mayor volumen de suicidios entre los 40 y los 60 años (1608 casos), aunque sus tasas han tenido una tendencia mayor en sujetos mayores de 79 años (19,34 por 100 000 habitantes). En este país, el mecanismo principal para el acto suicida fue el ahorcamiento o estrangulamiento (45 %) siendo este el más usado en hombres, seguido por la precipitación / saltar desde un lugar elevado (27 %) siendo este el más usado en mujeres y en menor proporción el envenenamiento (5 %); por su parte, las mujeres lo intentan 3 veces más que los hombres, pero los hombres lo consuman 3 veces más que las mujeres (11,12). En comparación con Colombia la tasa de suicidios en 2020 alcanzó los 5,21 casos por 100 000 habitantes, el principal mecanismo fue la asfixia con un 67 % (1621 casos) en 2020, siendo este el principal mecanismo en hombres, sin embargo, a diferencia del país europeo, el segundo mecanismo más utilizado en general es la intoxicación o envenenamiento con un 15 %. En Colombia, por cada 4,22 hombres se suicida una mujer, aunque la intención suicida es superior en mujeres (62,7 %) que en hombres (37,3 %) (13).

Teniendo en cuenta lo anterior, no solo las diferencias en las tendencias del comportamiento suicida entre ambos países ya descritas, sino la diferencia en el uso del castellano europeo y latinoamericano, específicamente en el contexto del uso lenguaje colombiano (vocabulario, acento, pronunciación, apelativos, interpretación) hace necesario establecer su adaptación cultural a través de la validación lingüística y psicométrica, para implementar tranquila y ampliamente su uso en Colombia.

### Pregunta de Investigación



La pregunta de investigación es un interrogante sobre un fenómeno, que se desea responder con la investigación. Se formula en forma precisa y clara para darle una orientación y delimitación al proyecto. De la pregunta se derivan el diseño del estudio, los métodos e instrumentos a utilizar.

Los resultados de la versión en español de la escala Columbia para evaluar la gravedad de la ideación suicida (Sp-C-SSRS), adaptada a Colombia, ¿son válidos y confiables en pacientes adultos que son atendidos en consulta externa, unidad de agudos y hospital día, del Instituto Colombiano del Sistema Nervioso – Clínica Montserrat en Bogotá?

### Justificación

Es la explicación del por qué es conveniente llevar a cabo la investigación. Debe ir sustentada en datos estadísticos. Criterios que deben cumplir: Conveniencia, relevancia social, implicaciones prácticas, valor teórico, utilidad metodológica, principales beneficiados.

El suicidio, al ser una problemática de impacto en salud pública, requiere una priorización en su abordaje y tratamiento, y su prevención depende en cierta medida de la precisión con que se identifiquen aquellos pacientes en riesgo. Establecer un método de evaluación preciso de la ideación y la conducta suicidas podría ayudar a determinar de una forma más exacta el riesgo en la práctica clínica y en contextos de investigación (10).

Pese a las recomendaciones que hace la OMS y que acoge el Ministerio de Salud en Colombia, no se ha introducido a la práctica clínica diaria el uso de escalas psicométricas más precisas y válidas, para evaluar la conducta suicida y se acerquen más al riesgo real del individuo bajo estas condiciones. Tener acceso a un examen completo del estado mental del paciente, que no solo se fije en la situación actual, sino que también indague sobre la conducta suicida en el pasado, tiene una gran utilidad desde el enfoque preventivo.

La C-SSRS ha surgido como un nuevo estándar de oro para la evaluación de la ideación suicida y el comportamiento suicida, aprobada por la FDA en 2012 y la CDC en 2011. Es una entrevista semiestructurada que recoge la aparición, la gravedad y la frecuencia de la conducta y los pensamientos relacionados con el suicidio durante el período de evaluación; mide 4 constructos la gravedad de la ideación, la intensidad de la ideación, la conducta suicida y la letalidad (10). Esta escala ha sido validada en varias subpoblaciones, incluyendo niños y adolescentes, veteranos militares con condiciones postraumáticas concomitantes, trastorno de estrés y pacientes ambulatorios de psiquiatría. En el año 2016 se publicó su validación a la versión en español, la que está disponible para su uso libre en lo que se conoce como el *The Columbia Lighthouse Project* (anteriormente el Centro para la Evaluación del Riesgo de Suicidio) cuyo objetivo es dar un amplio uso de la escala C-SSRS entrenando a los profesionales en salud y, en general, a toda la población que se enfrente a una persona en riesgo de presentar un acto suicida, con miras hacia la prevención del suicidio (14).

Con la intención de extender el uso de esta escala, se hace necesaria su validación lingüística y psicométrica para adaptar la versión en español ya disponible, hacia el contexto colombiano.

### Objetivo General y Específicos

Se recomienda formular un solo objetivo general, coherente con el problema planteado. Los objetivos específicos son aquellos necesarios para lograr el objetivo general (se recomienda no más de cuatro).

#### Objetivo General

Realizar la adaptación cultural de la versión en español de la escala de Columbia para evaluar la gravedad de la ideación suicida de pacientes adultos atendidos en consulta externa, unidad de agudos y hospital día, del Instituto Colombiano del Sistema Nervioso – Clínica Montserrat.

#### Objetivos Específicos

- Generar una versión en español de la escala C-SSR adaptada al contexto colombiano, con equivalencia semántica y conceptual.
- Evaluar la validez de los constructos medidos por la escala C-SSRS en la gravedad de la ideación suicida.
- Explorar la validez discriminante de la intensidad de ideación suicida según la escala C-SRRS.
- Evaluar la confiabilidad de la escala a través de la estimación de la consistencia interna del instrumento

### Marco Teórico

Síntesis del contexto teórico general en el cual se ubica el tema de la propuesta, estado actual del conocimiento (nacional y mundial), vacío que se quiere llenar con el proyecto; ¿por qué? y ¿cómo? la investigación propuesta contribuirá a la solución o comprensión del problema planteado.

#### BREVE MIRADA HISTÓRICA DEL SUICIDIO

Hablar de suicido ha tenido distintos significados desde tiempos remotos. El autosacrificio, era un tema del que ya existía una expresión incluso en la prehistoria, allí personas ancianas, enfermos o aquellos con dificultades motrices se auto-eliminaban con el fin de contribuir y favorecer el acervo de su tribu y, se ha reconocido que, en gran parte de las civilizaciones antiguas, el suicidio era aceptado dado que la muerte significaba dar paso de una vida a otra, así, no estaba implícito el fin de la existencia, sino un camino dimensional (15).

Las escuelas filosóficas griegas podían ir desde la absoluta imposibilidad del acto hasta la total aceptación. En el siglo V a.C., los pitagóricos creían que la muerte voluntaria llevaba a una salida repentina del alma que turbaba el equilibrio del cosmos; para los cínicos, por su parte, darse muerte a sí mismo involucraba el ser dueño del propio destino (Diógenes de Sinope se suicidó alrededor del 412 a.C.); el estoicismo, fundado por Zenón de Citio en el siglo IV a.C, permitía directamente el suicidio al afirmar que era mejor el morir de una vez antes que padecer indefinidamente; y por su parte, los epicúreos veían el suicidio como una salida honorable si no había posibilidad de garantizar placer y goce pleno en la vida (15).



Los romanos lo veían desde una óptica delictiva con implicaciones económicas para el estado, por lo que estaba expresamente prohibido. Si el suicidio era ejecutado por un guerrero, privaría al estado de su servicio; si lo practicaba un esclavo, el amo perdería uno de sus "capitales" lucrativos; y si era un criminal quien previo a un juicio se autoeliminaba, el estado perdía la potestad sobre sus bienes y quedaban en manos los herederos del individuo (16). Sin embargo, existía una salvedad para obtener la legitimidad del acto por parte del censor, aunque era un delito para esclavos, soldados o malversadores, para los nobilitas era permitido si estaban motivados por causas honoríficas, patrióticas, o para evitar el sufrimiento al ser víctima de una enfermedad humillante, o preservar la dignidad de su status social (15). Un gran aporte lo dejó Roma con su legislación, el Código de Justiniano (del emperador bizantino Justiniano 527-565 d.C.) fue la primera representación legal al establecer el suicidio como un hecho producto de un estado mental alterado («*non compos mentis*»), acogiendo como atenuante una evidente perturbación de las facultades mentales en la mente del suicida (15).

Por otra parte, no es posible dejar de hablar del suicidio sin referir el concepto que le ha dado el cristianismo a este hecho. Para los primeros cristianos era una forma elevada de lograr la gracia divina y la muerte voluntaria no estuvo estigmatizada, esto alarmó enormemente a los primeros obispos de la Iglesia, pues se registraron entre 10 000 y 100 000 seguidores de Cristo (principalmente donatistas) que recurrieron a la muerte voluntaria para de dar su vida por Dios. Este fenómeno hizo necesario la «invención» de representantes como Santo Tomás y San Agustín, quienes elevan el acto a pecado, pues al atentar contra sí mismo, es hacerlo contra Dios, violando el quinto mandamiento; no matarás (15). Así, en concilios posteriores, se clasifica el suicidio como deshonroso y no merecedor de ser enterrado en un cementerio cristiano. En el Concilio Vaticano II, ya se describe como un acto vergonzoso que va en contra naturaleza humana (16).

A la reprobación eclesiástica se le sumó la crudeza del estado contra el suicida en el medioevo, se consideraría entonces como un delincuente ante la ley, merecedor de humillaciones y castigos como arrastrar su cuerpo, mutilaciones, clavarle una estaca, enterrarlo en un cruce de caminos o negarle la sepultura, esto con el objetivo demostrar al pueblo los vejámenes que podrían padecer por este acto (15).

A partir del siglo XV empieza a presentarse un cambio en el discurso alrededor del suicida y son los filósofos quienes toman la discusión moral alrededor de la legalidad o no del suicidio; es así como en 1608 John Donne escribe *Biathanatos*, la que se convirtió en la primer obra en defensa del suicidio; más adelante, Robert Burton publica *Anatomía de la melancolía*, proponiendo el suicidio como resultado de una alteración asociada a un temperamento melancólico inducido por un exceso de bilis negra, lo liga a la depresión, al vacío, al aburrimiento, a la falta de risa y al tedio del ser melancólico. Algunos vieron sus escritos como una apología del suicidio, lo cierto es que Burton se convierte en un referente al unir el suicidio con la depresión y ahondar en la complejidad del problema (17).

En el siglo XVIII el psiquiatra Jean Étienne Dominique Esquirol, presentó el suicidio asociado a toda clase de estados mentales patológicos tipo delirium agudo, estados delirantes crónicos, monomanías y manías, pese a registrar que el suicidio no era una enfermedad mental propiamente dicha (18).

Con la llegada del romanticismo, en el siglo XIX, el suicidio deja de ser visto con desprecio y se ponen primero las motivaciones psicológicas antes que la ética. El padre de la sociología, Émile Durkheim, publica *Le Suicide* y da una nueva visión donde acerca el acto individual del suicidio a un fenómeno en respuesta a condiciones de crisis sociales como la economía, la pobreza, el aislamiento, los cambios sociales, el exceso de regulación social, entre otros (17).



Finalmente, en la época contemporánea, el psicoanálisis aporta significativamente a la comprensión suicidio, para el siglo XX, este ya ha sido evaluado como un fenómeno biopsicosocial relacionado con eventos estresantes que desbordan la capacidad psíquica del individuo para proyectarse en un futuro y poder encontrar alternativas a situaciones estresantes de la vida diaria, lo cual llevaría, a la persona que contempla esta idea, a experimentar que la única opción para transitar ese momento es quitándose la vida, ya que a la luz de lo que puede ver, no hay una solución a su situación (16). Van Heeringen en 2001, propone unas estrategias de intervención que van desde lo colectivo hasta lo individual, donde aborda situaciones como la limitación de acceso a medios letales para llegar al acto suicida, mejorar el acceso de atención sanitaria (primaria y especializada en salud mental), el reconocimiento temprano de quienes presenten una tentativa suicida y el tratamiento de patologías vinculadas como la depresión, ansiedad, adicciones u otros trastornos mentales (15).

#### Epidemiología del suicidio

##### - Suicidio en el mundo

De acuerdo con los reportes de la OMS, 1 de cada 100 muertes es por suicidio (19) y cada 45 segundos una persona comete este acto, llegando a cifras de alrededor de 703 000 personas que se suicidan anualmente en el mundo, aunque el número de quienes lo intentan es muy superior a ello, calculando que es de aproximadamente 20 veces por encima del suicidio consumado (20). Según el informe de estimaciones para todo el mundo de la OMS (Suicide worldwide in 2019, Global Health Estimates) para el año 2019, el suicidio fue la cuarta causa de muerte entre en el grupo etario de 15 a 29 años y el 58 % sucede antes de los 50 años (1).

El suicidio es un fenómeno que se presenta en todas las regiones del mundo, más del 77 % de los suicidios ocurridos durante el año 2019 se presentaron en países de ingresos bajos y medianos (20). Las tasas varían entre países y según el sexo del individuo. En el caso de los hombres se suicidan más del doble que las mujeres (12,6 por 100 000 hombres frente a 5,4 por 100 000 mujeres), y las tasas de suicidio masculino generalmente son superiores en países de ingreso alto (16,5 por 100 000). Por el contrario, las tasas más elevadas de suicidio femenino se presentan en países con ingreso mediano bajo (7,1 por 100 000) (19).

La media mundial para el año 2019 estuvo en 9,0 por 100 000 habitantes, sin embargo, África, Europa y Asia Sudoriental estuvieron por encima de esta cifra, con 11,2, 10,5 y 10,2 por 100 000 respectivamente. Por su parte, la tasa de suicidio más baja se registró en la Región del Mediterráneo Oriental (6,4 por 100 000) (19).

##### 3.2.2 Suicidio en las Américas

Llama la atención que entre los años 2000 y 2019 se redujeron las tasas de suicidio a nivel mundial en un 36 %, sin embargo, en la Región de las Américas, las tasas se incrementaron en un 17 % para ese mismo periodo (19); entre 2015 y 2019, se notificaron en promedio 98 000 muertes por suicidio al año, estando en América del Norte y el Caribe no hispano superior a la tasa regional (21). Según reportes del Banco Mundial, en 2019 Guyana ocupó el primer lugar con una tasa de 40,3 suicidios, seguido de Surinam (25,4), Cuba (14,5), Haití (9,6) y Argentina (8,4) (22). La distribución de esta situación por sexo mostró que alrededor del 79 % de los suicidios en la Región se presenta en hombres. Así, la tasa ajustada de suicidio por edad en el sexo masculino supera tres veces la de las mujeres (21).

Según la edad, la OMS estableció que la tasa más alta de suicidio en las Américas está entre las personas de 45 a 59 años, seguida por los de 70 años y más, y ocupa el tercer lugar en causas de muerte entre jóvenes de 20 a 24 años (21).



## PRESENTACIÓN DE ANTEPROYECTO DE INVESTIGACION INSTITUTO COLOMBIANO DEL SISTEMA NERVIOSO

FO-IN-03/ VERSION 1 /10-06-15

Las cuatro técnicas más usadas para el suicidio han sido la asfixia, armas de fuego, intoxicación con drogas y alcohol, y envenenamiento con plaguicidas y productos químicos, que corresponden el 91 % de todos los suicidios en esta región (21).

### - Suicidio en el Colombia

Desde el año 2016, el intento de suicidio es un evento de notificación obligatoria en Colombia, previo a esto se documentaba la información a partir de los Registros Individuales de Prestación de Servicios de Salud (RIPS), integrada al Sistema Integral de Información de la Protección Social (SISPRO). Las cifras muestran un incremento substancial en la tasa de intento suicida. Entre 2009 y 2017 hubo un ascenso en los reportes de los casos, pasando de 1,8 por 100 000 habitantes a 52,4 según SIVIGILA, sin embargo, se considera que esto es secundario al subregistro previo a la obligatoriedad de la notificación. En el año 2017, los departamentos con tasas más altas fueron Vaupés, Putumayo, Caldas, Huila, y Arauca. SIVIGILA reportó un incremento de los intentos de suicidio del 47 % entre 2016 (17 587) y 2017 (28 835), donde alrededor de la tercera parte de ellos tiene intentos previos. De los casos reportados para 2017, el 62,7 % eran de sexo femenino ya que, en general, fueron las mujeres quienes intentaron suicidarse con mayor frecuencia que los hombres en una razón 2 a 1. El 49,5 % de todos los casos reportados en 2017 tenían el antecedente de presentar algún trastorno mental, siendo la depresión el más común con 4867 casos. Respecto a los mecanismos para el intento, el utilizado principalmente fue la intoxicación con un 68,7 %; por el lado del factor detonante, los conflictos en pareja fue el más frecuente 51,2 % (23).

Por otro lado, Forensis en su informe de 2020 presentó una escasa tendencia hacia la disminución de la mortalidad por suicidio entre 2010 y 2020 en Colombia, pasando de una tasa anual de 5,93 en 2018 a 5,21 casos por cada 100 000 habitantes en 2020 (24).

### 3.3 contextualización del concepto del suicidio

En la actualidad, no hay una definición universal, un conjunto de términos o clasificaciones de acuerdo internacional para el fenómeno de pensamientos y comportamientos relacionados con la conducta autolesiva; así mismo, no hay una taxonomía consensuada que abarque todo el espectro de lo que se define clínicamente como conductas relacionadas con el suicidio (25). A pesar de los esfuerzos para llegar a definiciones operativas y nomenclaturas uniformes, claras y consistentes por diferentes autores (26–30), no se ha llegado a la precisión de los conceptos y su clasificación (25). Una publicación del psiquiatra Diego de Leo, en 2006, intentó resumir las definiciones de suicidio a lo largo de la historia, encontrando (26) (p. 8):

*"Durkheim (1951): Todos los casos de muerte que resulten directa o indirectamente de un acto positivo o negativo de la propia víctima, que sabe que producirá este resultado.*

*Baechler (1980): Todo comportamiento que busque y encuentre la solución a un problema existencial al atentar contra la vida del sujeto.*

*Shneidman (1985): El suicidio es un acto consciente de aniquilación autoinducida, que se entiende mejor como un malestar multidimensional en un individuo necesitado que define un problema para el cual el suicidio es percibido como la mejor solución.*

*Rosenberg et al (1988): La muerte que surge de un acto infligido a uno mismo con la intención de matarse.*

*Ivanoff (1989): Muerte autoiniciada e intencional.*

*Mayo (1992): La definición de suicidio tiene cuatro elementos: 1) un suicidio tiene lugar cuando ocurre una muerte; 2) debe ser por iniciativa propia; 3) la acción del suicidio puede ser activa o pasiva; 4) implica poner fin a la propia vida de forma intencionada.*

*Silverman y Maris (1995): El suicidio no es, por definición, una enfermedad, sino una muerte causada por una acción o comportamiento intencional autoinfligido.*



*WHO (1998): El acto de matarse a sí mismo iniciado y realizado deliberadamente por la persona interesada con pleno conocimiento o expectativa de su resultado fatal".*

En otras intenciones por definir el suicidio, en la década de 1980 un grupo de médicos forenses, examinadores médicos, agencias de salud pública y estadísticos se reunieron bajo el patrocinio de la CDC (centro de control de enfermedades) para desarrollar los criterios operacionales para la determinación del suicidio (OCDS). Se estableció el suicidio como “*muerte que surge de un acto infligido a uno mismo con la intención de quitarse la vida*” y, más específicamente, como “*muerte por lesión, envenenamiento o asfixia donde hay evidencia (explícito o implícito) que la lesión fue autoinfligida y que el difunto tuvo la intención de quitarse la vida*” (31).

Las particularidades comunes a estas definiciones de suicidio muestran que se presenta como el resultado fatal del comportamiento, que finalmente es un acto ejecutado (la agencia), que está presente la intención de morir o dejar de vivir (la intención) y que existe la conciencia o conocimiento de los resultados (el desenlace) (26,31).

En 2018 Goodfellow y cols. realizaron una revisión sistemática de la literatura con el fin de analizar la presencia de estas características a lo largo de 26 definiciones contemporáneas del suicidio que iban desde el año 1960 hasta la actualidad. Los resultados arrojaron que en gran parte de las definiciones existentes de suicidio están contempladas las condiciones específicas descritas; sin embargo, algunos términos son orientados hacia diferentes enunciaciones, por ejemplo, la agencia (conducta autoinfligida) es utilizada más respecto a conducta suicida no fatal. Además, algunos autores discrepan respecto a la conciencia del resultado (la muerte) (32).

#### - Clasificación del suicidio

En la década de 1970, el Instituto Nacional de Salud Mental (NIMH) de Estados Unidos realizó una conferencia sobre prevención del suicidio; allí, el doctor Aaron Beck, presidiendo el Comité de Clasificación y Nomenclatura del NIMH, destacó la necesidad de una nomenclatura universal y un método para distribuir esta información. Fue así como el comité dispuso una división de los fenómenos suicidas en tres clases: suicidio, intento de suicidio e ideas suicidas. Además, cada tipo de evento suicida se caracterizó por (i) la certeza del evaluador (1 % - 100 %); (ii) la letalidad potencial, o el peligro médico objetivo para la vida si el acto hubiera sido o de hecho ya sido realizado; (iii) cero, bajo, medio o alto nivel de intención de morir inferido del comportamiento presente o pasado utilizando el juicio clínico; (iv) circunstancias atenuantes sin las cuales el evento suicida podría no haber ocurrido (por ejemplo, intoxicación); y (v) el tipo de método de autolesión, que a su vez influye en la determinación de la intención y la letalidad (31). Esta metodología de clasificación ha sido de gran influencia, sin embargo, no tuvieron en cuenta la gama completa de conductas suicidas ni distinguieron entre los intentos de suicidio y otros tipos de conductas suicidas, incluidos los actos o conductas preparatorias (por ejemplo, escribir una nota de suicidio) (31).

Los dos sistemas de clasificación médica ampliamente utilizados, el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM TR) y la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10) enmarcaban el suicidio dentro de los diagnósticos de episodio depresivo mayor y trastorno límite de la personalidad. Más adelante, CIE-10 incluyó el suicidio como causa externa de morbilidad y mortalidad, y se incluyeron dos categorías, suicidio y envenenamiento o lesión intencionalmente autoinfligidos. Sin embargo, ninguna definición acompañó a esta terminología y la clase de “lesión autoinfligida” no distinguió entre conducta suicida y conducta autolesiva no suicida, las cuales limitaron la utilidad de este sistema (31).



Ante la falta de delimitación de estos sistemas y la posibilidad de no identificar el comportamiento suicida en pacientes de alto riesgo con otros trastorno como el estrés postraumático o la dependencia de sustancias psicoactivas y alcohol, o aquellos con antecedentes de comportamiento suicida que niegan el riesgo actual en el examen del estado mental, los expertos recomendaron incluir la conducta suicida como una categoría diagnóstica separada en un sexto eje del DSM, así, a partir del DSM-5 se incluyó un trastorno de conducta suicida, junto con un trastorno de autolesión no suicida. Esta situación refleja la necesidad de un sistema de clasificación implementado universalmente, así como los efectos nocivos de la ausencia de este enfoque (31). En esta revisión resaltaremos la clasificación que estableció Posner y cols., en el Manual de Oxford, sobre el suicidio y las autolesiones publicado en 2014.

*Comportamiento autolesivo, suicidio e intento suicida*

Para establecer una conducta suicida, es necesario identificar la presencia de un comportamiento autolesivo intencionado, por tanto, es fundamental que la autolesividad sea en sí misma una consecuencia deliberada del comportamiento. Esto, porque existe diferencia con los actos que son peligrosos pero que no se realizan con la motivación de infingirse daño a sí mismo. El CDC acoge el término de violencia autodirigida y establece que es similar a la conducta autolesiva (31).

La distinción entre conducta autolesiva suicida y no suicida depende de la intención de morir. La importancia de la inclusión de cualquier intención de morir distinta de cero es fácilmente reconocible en la práctica clínica. En el contexto de una evaluación del riesgo de suicidio, se le puede preguntar: "¿Quería suicidarse?", la respuesta puede ser "No" debido a la presencia de motivos mixtos, y el comportamiento puede erróneamente clasificarse. Si, en cambio, se le preguntara a uno: "¿Alguna parte de usted quería terminar con su vida cuando se involucró en este comportamiento?", la respuesta puede ser muy diferente y ser indicativa de detención alguna intención (31). Por otro lado, para que un acto se clasifique como conducta autolesiva no suicida, el individuo debe haberse involucrado en el acto por motivos distintos a los de acabar con su vida (31).

En consecuencia, la muerte como resultado de una conducta autolesiva suicida se cataloga como suicidio y, por su parte, una conducta autolesiva suicida no mortal puede denominarse como intento de suicidio, intento interrumpido, intento autointerrumpido/abortado y actos preparatorios o comportamiento hacia el suicidio (31).

El suicidio entonces se define como la muerte resultante de un comportamiento intencionado de autolesión, asociado a cualquier intento de morir, ya sea declarado por el individuo o no (31). Por su parte, el intento suicida fue configurado en la década de 1960 por Stengel, quien pretendía distinguir dos grupos de quienes tenían la intención de morir: aquellos con resultados fatales de aquellos con resultados no fatales (33). El CDC actualmente define "intento de suicidio" como un acto potencialmente autolesivo cometido con al menos alguna intención de morir como resultado del acto, dejando claro: que no siempre es necesario que exista autolesión, sino potencial de autolesión. Es importante la distinción entre conducta autolesiva y autolesión, afirmando que no se requiere autolesión propiamente dicha, solo la posibilidad de daño (27). Es así como, las preconcepciones del quien clasifica el acto no deben influir, por ejemplo, un individuo que aprieta un gatillo en su cabeza y esta no dispara, se clasifica como intento suicida; así mismo, una persona que toma tres tabletas de dosis baja de un analgésico suave, también es intento suicida, toda vez que independientemente de la aparente letalidad del acto (alta o baja), el factor fundamental es lo que el individuo creía cuando se involucró en el hecho, es decir, la intención del acto (morir) (31).



Por otro lado, las conductas autolesivas no suicidas, se diferencian del suicidio y del intento suicida, en que existe la intención de autolesionarse sin el deseo de morir. Este fenómeno se está convirtiendo cada vez más en un foco de preocupación clínica, intervención e investigación; entre el 55 % y el 85 % de aquellos con conductas autolesivas no suicidas tienen antecedentes de al menos un intento suicida y es claro que el riesgo de suicidio es mayor entre quienes lo practican (34).

*Intento interrumpido, intento autointerrumpido/abortado, actos o comportamientos preparatorios.*

- Intento interrumpido: todo comportamiento hacia un intento suicida inminente que se detiene por eventos externos antes de que suceda cualquier daño potencial y que, en su ausencia, habría terminado en un intento de suicidio (35).
- Intento autointerrumpido/abortado: es un comportamiento potencialmente autolesivo hacia un inminente intento suicida, pero es el mismo individuo el que se detiene en lugar de ser suspendido por causas externas (35).
- Actos o comportamientos preparatorios: hace referencia a cualquier acto o elaboración para ejecutar inminentemente un intento de suicidio. Entre estos comportamientos se incluyen preparativos para la propia muerte (como escribir una nota suicida, regalar cosas, comprar pólizas de seguro) o establecer un método para llevar a cabo al acto (como comprara un arma, conseguir pastillas) (31).

A continuación, presentamos un resumen ejemplificado con la clasificación descrita:

Tabla 1. Clasificación de las conductas autolesivas suicidas y no suicidas.

Tipos de comportamiento y definición	Componentes clave de las definiciones	Ejemplos
Suicidio: Muerte resultante de un comportamiento de autolesionarse intencionalmente, asociado con cualquier intención de morir como un resultado de la conducta.	<ul style="list-style-type: none"><li>• El resultado del comportamiento es la muerte.</li><li>• Intención de morir distinta de cero: si hay alguna intención/deseo de morir asociado con el acto, entonces el acto es un suicidio.</li><li>• La intención puede ser declarado explícitamente por el individual o inferido.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Persona que muere por ahorcamiento por él mismo dejando una nota declarando la intención de morir.</li><li>• Persona muerta a tiros propinados por el mismo en la cabeza; la intención es inferido de la circunstancia impresionante.</li><li>• La persona murió tras tomar pastillas y los miembros de la familia afirman que expresó el deseo de morir.</li></ul>
Intento de suicidio: Un comportamiento autodirigido no fatal potencialmente dañino con cualquier intención de morir como resultado de la conducta.	<ul style="list-style-type: none"><li>• La evidencia puede ser explícita o implícitamente inferida.</li><li>• Distinto de cero: si hay alguna intención/deseo de morir asociado con el acto, entonces el acto es un intento de suicidio.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• La persona se traga cuatro pastillas porque quería morir (intención declarada).</li><li>• La persona aprieta el gatillo; el arma no disparó (no es necesario lesionarse, se infiere la intención).</li><li>• La persona se dispara en</li></ul>



PRESENTACIÓN DE ANTEPROYECTO DE INVESTIGACION  
INSTITUTO COLOMBIANO DEL SISTEMA NERVIOSO

FO-IN-03/ VERSION 1 /10-06-15

	<ul style="list-style-type: none"><li>• No tiene que haber ninguna lesión o daño, solo la posibilidad de la misma.</li></ul>	la cara; sobrevive y no verbaliza ninguna intención de morir (inferido por impresionantes circunstancias clínicas).
Intento interrumpido: Una persona toma medidas para intentar suicidarse, pero otra persona la detiene antes de sufrir cualquier lesión o posible lesión.	<ul style="list-style-type: none"><li>• Si no fuera por la interrupción, se habría producido un intento real.</li><li>• No se producen lesiones.</li><li>• Sin embargo, una vez que ingieren alguna pastilla, aprietan el gatillo (incluso si el arma no dispara) o hacen el primer rasguño, se convierte en un intento en lugar de un intento interrumpido.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• La persona tiene pastillas en la mano, pero se le impide ingerirlas (una vez que la persona traga cualquier pastilla, esto se convierte en un intento).</li><li>• La persona tiene un arma apuntándose hacia sí mismo, otra persona arrebata el arma o de alguna manera se le impide apretar el gatillo (una vez que la persona aprieta el gatillo, incluso si el arma no dispara, es un intento).</li><li>• La persona está a punto de saltar, pero la agarran y la bajan del saliente.</li><li>• La persona tiene un lazo alrededor del cuello, pero aún no ha comenzado a colgarse; se le impide hacerlo.</li></ul>
Auto-Interrumpido/Intento abortado: Una persona toma medidas para lesionarse a sí misma, pero se detiene antes de cualquier lesión o posible lesión.	<ul style="list-style-type: none"><li>• Si no fuera por la interrupción, habría ocurrido un intento real.</li><li>• No se producen lesiones.</li><li>• Sin embargo, tan pronto como se traga la primera pastilla o se hace el primer rasguño, se convierte en un intento de suicidio.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• La persona saca las pastillas para hacer un intento; cambia de opinión y no traga ninguna.</li><li>• La persona sube a lo alto de un edificio para saltar; cambia de opinión y se da la vuelta.</li><li>• La persona comienza a conducir a gran velocidad hacia un acantilado; cambia de opinión y conduce a casa.</li></ul>
Actos o comportamientos preparatorios: Actos o preparación para realizar un intento de suicidio.	<ul style="list-style-type: none"><li>• Comportamiento preparatorio, más allá de una verbalización o pensamiento.</li><li>• Montaje del método para quitarse la vida.</li><li>• Prepararse para la propia muerte a través del suicidio.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Regalar posesiones valiosas.</li><li>• Escribir una nota de suicidio.</li><li>• Comprar o recolectar pastillas.</li><li>• Comprar una arma.</li><li>• Escribir un testamento.</li></ul>



## PRESENTACIÓN DE ANTEPROYECTO DE INVESTIGACION INSTITUTO COLOMBIANO DEL SISTEMA NERVIOSO

FO-IN-03/ VERSION 1 /10-06-15

Comportamiento de autolesión no suicida: Comportamiento que es autodirigido y deliberadamente resulta en lesiones o la posibilidad de lesiones a uno mismo.	<ul style="list-style-type: none"><li>• No hay evidencia, ya sea implícita o explícita, de intención suicida.</li><li>• El comportamiento debe estar fuera del ámbito de las formas socialmente sancionadas de autolesión, consideradas como expresiones de individualidad y creatividad, como tatuajes y perforaciones.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• La persona se corta a sí misma para distraerse del dolor emocional.</li><li>• La persona se talla a sí misma para llamar la atención de padres.</li><li>• La persona se quema a sí misma para sentirse viva.</li></ul>
--	--	--

Fuente: The Classification of Suicidal Behavior. The Oxford Handbook of Suicide and Self-Injury. Posner et al. 2014 (31).

### Teorías del suicidio

Las teorías sobre el suicidio se han quedado cortas a la hora de dar una explicación diferencial entre el intento suicida y la ideación suicida (5). Presentaremos de manera sucinta cuatro teorías del suicidio que explican desde diferentes ópticas la misma problemática y abren un camino para comprender mejor las causas de la ideación, los intentos y la muerte por suicidio.

#### - Teoría Interpersonal del suicidio (en inglés, IPTS)

Fue publicada por primera vez en 2005 por Thomas Joiner, postuló que son necesarios dos componentes para que suceda un intento suicida potencialmente letal: en primer lugar, el deseo suicida; en segundo lugar, la capacidad de actuar sobre ese deseo. Lo que hace única esta teoría es el concepto de superar el miedo inherente al intento de autolesionarse de manera letal, aclarando que el deseo suicida por sí solo no es suficiente para intentar suicidarse. La IPTS ha suscitado una nueva generación de teorías que de "ideación a la acción". La combinación de dos términos, la pertenencia frustrada (insatisfacción de la necesidad fundamental de pertenencia de una persona) y la carga percibida (pensamiento individual de ser una carga para los demás) conllevan al deseo suicida, mientras que la capacidad adquirida facilita la progresión del deseo al intento potencialmente letal (5)

#### - Modelo integrado motivacional - volitivo (en inglés, IMV)

El modelo integrado motivacional – volitivo (relativo a la voluntad) emitido por primera vez en 2011 (36), trae consigo una estructura similar al IPTS, pues enuncia en primer lugar una fase motivacional que toca el desarrollo de la intención suicida como circunstancias que conllevan a sentimientos de derrota o humillación que, en un individuo con afrontamiento deficiente, estrategias resolutivas deficientes, agobio, escasos pensamientos positivos del futuro, desencadenan emociones de atrapamiento que ven en el suicidio una solución a estos escenarios de la vida, dando terreno a la intención suicida. En segundo lugar, se encuentra la fase perteneciente a la voluntad que, en el contexto de moderadores como el aumento de la capacidad, la impulsividad y el acceso a medios letales, dan la progresión de un intento hacia la conducta suicida (5).

#### - Teoría de los tres pasos (en inglés, 3ST)

En 2015, Klonsky y May desarrollaron la teoría de los tres pasos que para los autores tiene el potencial de mejorar la comprensión y la predicción del suicidio, el



## PRESENTACIÓN DE ANTEPROYECTO DE INVESTIGACION INSTITUTO COLOMBIANO DEL SISTEMA NERVIOSO

FO-IN-03/ VERSION 1 /10-06-15

comportamiento suicida y la ideación suicida, utilizando el marco de la ideación a la acción, donde los constructos claves son el dolor y la desesperanza, la conexión y la capacidad suicida (37). En el paso 1, la combinación de dolor (generalmente psicológico, pero no exclusivo) y desesperanza, causa la ideación suicida, considera que la desesperanza es fundamental en la ideación, pues si existiese la sensación de que el dolor pueda disminuir con el tiempo o el esfuerzo, se centrará la atención en buscar un futuro mejor que el suicidio. En el paso 2, propone que la ideación aumenta en la medida que el dolor supera o excede la conexión, esta última puede ser con seres queridos, roles o cualquier sentido que da significado o propósito en la vida por encima del dolor. Finalmente, el paso 3 sugiere que una fuerte ideación suicida avanza hacia la acción cuando el individuo tiene la capacidad de intentar suicidarse y esta capacidad está siendo contribuida por tres componentes específicamente: factores que contribuyen a la disposición, como alto umbral genético para el dolor o bajo miedo a la muerte; contribuyentes adquiridos, como eventos dolorosos y provocativos que acostumbran a la persona al dolor (esto también se ve en el IPTS); contribuyentes prácticos, en los que se adquiere experiencia y acercamiento a los medios letales (búsqueda en internet, tóxicos de venta libre) (5).

### - Teoría de la vulnerabilidad de los fluidos (en inglés, FVT)

Para el año 2006, Rudd articuló la FVT como una extensión del modo suicida, un marco cognitivo-conductual para conceptualizar los estados suicidas que se basaban en la teoría del modo más general de la psicopatología de Beck, considerando un espectro más amplio denominadas sistema de creencias suicidas y no establece ningún pensamiento o creencia en particular como más o menos importante que otro. Se considera que este sistema refleja manifestaciones psicológicas de dos vulnerabilidades subyacentes al comportamiento suicida: la inflexibilidad cognitiva y los déficits de regulación emocional. Este modelo tiene su enfoque en el proceso de riesgo de suicidio a lo largo del tiempo, la aparición de conductas suicidas como la resolución de crisis suicidas agudas (5).

### - Abordaje de la evaluación del suicidio en Colombia

El informe técnico del Observatorio Nacional de Salud acerca de la carga de enfermedad por enfermedades crónicas no transmisibles y discapacidad en Colombia de 2015, reveló en el análisis descriptivo del suicidio en Colombia entre 1998 y 2012 que el suicidio es un evento de importancia en salud pública por la cantidad de desenlaces mortales prevenibles. Por lo anterior, en 2017, el Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS) diseña una Guía de Práctica Clínica (GPC) para la prevención, diagnóstico y tratamiento de la ideación o conducta suicida, tras identificar la importancia de la variabilidad en el manejo terapéutico de la ideación o conducta suicida con miras a la toma de decisiones en un corto periodo de tiempo (38).

En este sentido, el MSPS encaminó sus esfuerzos hacia tres aspectos fundamentales: *“mayor control y supervisión sobre los mecanismos más frecuentemente utilizados en la conducta suicida (armas de fuego y plaguicidas); seguimiento a individuos con antecedentes de intentos de suicidio y a sus familias; y garantía del acceso a los servicios de salud a las personas con trastornos asociados como la depresión, trastorno bipolar y esquizofrenia”* (38).

Los siguientes son algunos de los puntos de buena práctica establecidos en la GPC (38):

- ✓ Desde el inicio de la entrevista clínica se deberá favorecer la comunicación de la sintomatología, sentimientos y pensamientos del paciente asociados a la conducta



suicida y facilitar que el paciente y sus allegados se involucren en la toma de decisiones.

- ✓ Todas las personas que denuncian daño auto infligido o intención suicida deben ser tratadas como si estuvieran en un estado de emergencia potencial hasta que los médicos estén convencidos de lo contrario.
- ✓ Los servicios de urgencias o consulta externa adecuadamente preparados deben estar involucrados en la evaluación, intervención en crisis y enlace con el servicio de psiquiatría cuando sea posible y si es aceptado por la persona suicida.
- ✓ No hay evidencia que sugiera que preguntar directamente sobre la presencia de ideación o intención suicida crea el riesgo de suicidio en personas que no han tenido pensamientos suicidas, o empeora el riesgo en quienes lo padecen. Es más probable que una discusión sobre el suicidio enfocado y con calma, de hecho, pueda permitir a la persona revelar sus pensamientos.
- ✓ Si se confirma la presencia de ideación suicida será necesario realizar preguntas específicas dirigidas a precisar su frecuencia, persistencia, estructuración, elaboración de un plan y posibilidad de llevarlo a cabo (por ej. acceso a métodos letales).
- ✓ En caso de ideación o conducta suicida se deberá considerar la derivación prioritaria al servicio de psiquiatría (en el plazo de una semana) y se cumplan todas las circunstancias siguientes: alivio tras la entrevista, intención de control de impulsos suicidas, aceptación del tratamiento y medidas de contención pactadas, apoyo socio familiar efectivo.
- ✓ Se recomienda no sustituir la entrevista clínica por el uso de escalas auto y heteroaplicadas, aunque éstas aportan una información complementaria en la evaluación.
- ✓ En el caso de emplear escalas como complemento a la entrevista clínica, en la infancia y adolescencia se recomienda el uso de escalas validadas de acuerdo con el criterio del profesional que lleve a cabo la evaluación.

#### Escala de evaluación de riesgo suicida: C-SSRS

El desarrollo de estudios internacionales y la diversidad cultural exige tener accesibles instrumentos de evaluación que estén adaptados culturalmente en los distintos países; así mismo, la Organización Mundial de la Salud (OMS) recomienda desarrollar y utilizar indicadores de la salud que estén estandarizados. En concreto, invita a la investigación multicéntrica internacional a tener instrumentos que estén validados en el ámbito de la salud, para así tener la posibilidad de desarrollar estudios comparativos a nivel internacional (39).

La ideación y el comportamiento suicida han sido concebidos tradicionalmente como una construcción unidimensional, con la ideación pasiva, la intención activa y el comportamiento aislados. La escala de evaluación de gravedad de la ideación suicida de Columbia (C-SSRS) fue diseñada para distinguir los dominios y cuantificar la gravedad de ideación suicida y conducta suicida (40).

La C-SSRS es una entrevista semiestructurada que recoge la aparición, la gravedad y la frecuencia de la conducta y los pensamientos relacionados con el suicidio durante el período de evaluación, por tanto, se miden cuatro constructos: la gravedad de la ideación, la intensidad de la ideación, la conducta suicida y la letalidad de la conducta suicida, todos ellos con subescalas de valoración, aportando una completa estimación del espectro suicida, siendo una excelente herramienta para complementar la entrevista clínica y establecer el riesgo suicida (10). La escala cuenta con varias versiones, según la necesidad de uso. La versión *Lifetime/Recent*, registra las tendencias suicidas pasadas y



## PRESENTACIÓN DE ANTEPROYECTO DE INVESTIGACION INSTITUTO COLOMBIANO DEL SISTEMA NERVIOSO

FO-IN-03/ VERSION 1 /10-06-15

recientes; la versión *Last Visit*, evalúa las tendencias suicidas desde la última visita del paciente; y la versión *Screener*, se usa en entornos de emergencias y centros de llamadas de crisis para usuarios que no consultan por condiciones asociadas a la salud mental (10).

La C-SSRS nació de un estudio con el apoyo del Instituto Nacional de Salud Mental (NIMH), a partir del cual se desarrolló una herramienta para la evaluación de tratamientos para disminuir el riesgo de suicidio entre adolescentes con depresión, entre la Universidad de Columbia, la Universidad de Pensilvania y la Universidad de Pittsburg en el año 2007. Ya en 2011, el Centro para el Control y la Prevención de Enfermedades adoptó las definiciones del protocolo para el comportamiento suicida y recomendaron el uso del Protocolo de Columbia para la recopilación de datos. En 2012, la Administración de Alimentos y Medicamentos (en inglés, FDA) declaró el Protocolo de Columbia como el estándar para medir la ideación y el comportamiento suicida en experimentos clínicos (41). En la actualidad, el Protocolo de Columbia (The Columbia Lighthouse Project) ofrece capacitación sobre el uso de la herramienta y respalda el proceso de validación lingüística con el fin de proporcionar versiones en idiomas extranjeros del instrumento original que conserven sus conceptos y propiedades de medición originales. Cuenta con una página web que ofrece toda la información sobre el Protocolo de Columbia y pone a disposición la versión en español de la escala que ha surtido todos los procesos de traducción hechos por Mapi (42).

La validación de la escala original se realizó por los autores que examinaron las propiedades psicométricas de la C-SSRS en relación con otras medidas de ideación y conducta suicida, y la consistencia interna de su subescala de intensidad de ideación, analizando en tres estudios multicéntricos que tomaron pacientes adolescentes y adultos, y demostraron una buena validez convergente y divergente con otras escalas de ideación y comportamiento suicida de múltiples informantes, y tuvo una alta sensibilidad y especificidad para las clasificaciones de comportamiento suicida en comparación con otra escala de comportamiento (40).

La escala C-SSRS se ha utilizado en un gran número de experimentos clínicos para detectar eventos adversos relacionados con el suicidio, sus propiedades psicométricas han sido evaluadas en 32 estudios, entre los años 2009 y 2021, en diferentes escenarios de utilidad clínica, con capacidad de predicción para intentos suicidas (reales, interrumpidos y abortados) con OR que van desde 1,43 hasta 25,53 y para comportamiento suicida con coeficientes de OR desde 1,52 hasta 11,50 (43). La escala tiene 6 estudios de validación lingüística y psicométrica de las traducciones, que comprenden Turquía, Dinamarca, Corea, España, entre otros. De manera adicional, tiene 16 estudios de adaptación de las versiones en diferentes contextos, y múltiples publicaciones de su aplicación en diversos grupos poblacionales, grupos etarios, entornos clínicos, diagnósticos psiquiátricos y de valoración de eficacia de tratamientos (44) (ver anexo 1, tabla de reporte de propiedades psicométricas de la C-SSRS con coeficientes).

En 2019 se publicó un estudio de cohorte multicéntrico prospectivo con 804 pacientes suecos de 18 a 95 años, quienes habían presentado un episodio reciente de autolesión, evaluados en entornos de emergencia psiquiátrica entre abril de 2012 hasta abril de 2016; se consideró una sensibilidad de al menos el 80 % combinada con una especificidad de al menos el 50 % como mínimamente aceptable en los instrumentos analizados que fueron: la escala de intención suicida de Beck (SIS), la escala de evaluación del suicidio (SUAS), la escala de violencia interpersonal de Karolinska (KIVS), y la C-SSRS. El estudio encontró que la C-SSRS fue un predictor significativo de intentos de suicidio a los 3 y 12 meses con un VPP (valor predictivo positivo= del 21,4 % y 33,6 %, respectivamente, aunque, cabe reconocer que los suicidios no fueron clasificados correctamente por esta



## PRESENTACIÓN DE ANTEPROYECTO DE INVESTIGACION INSTITUTO COLOMBIANO DEL SISTEMA NERVIOSO

FO-IN-03/ VERSION 1 /10-06-15

escala durante el seguimiento (43). La sensibilidad del C-SSRS fue mayor que la del SUAS en la predicción de intentos de suicidio a los 3 meses de seguimiento (79,8 %), de igual forma, la C-SSRS tuvo mayor sensibilidad que el KIVS, con especificidad similar (51,5 %). Al probar los puntos de corte sugeridos de otras muestras sobre el resultado del suicidio durante el seguimiento de 12 meses, no hubo diferencias significativas en sensibilidad entre el SIS, SUAS y KIVS comparado con C-SSRS (43). Una revisión que cubre 30 años de investigación sobre el SIS reveló hallazgos principalmente negativos para la predicción del intento suicida. Hasta el momento, la evidencia es mixta con respecto a la precisión de la escala para predecir el suicidio, con la mayoría de los estudios que han reportado una correlación positiva no vista en otras muestras (45). En 2016 se presentó el primer estudio de validación de la versión en español en Oviedo, España. Una investigación multicéntrica con 467 pacientes psiquiátricos ambulatorios, donde se compararon las propiedades de la C-SSRS con otras 3 escalas (la escala de Hamilton para la Depresión -HDRS, la escala de Intencionalidad Suicida de Beck y la escala de gravedad médica de la tentativa - MDS). Se contrastaron los resultados de la evaluación con estos instrumentos en 242 pacientes con antecedente de tentativa suicida y 225 paciente sin este antecedente. En la validez del constructo el coeficiente de correlación de Pearson entre las subescalas de gravedad y de intensidad de la Sp-C-SSRS fue 0,44; así mismo, el coeficiente de correlación de Pearson entre la subescala de gravedad y el ítem 3 de la HDRS fue 0,56. Por su parte, en la validez discriminante se identificaron diferencias entre las puntuaciones de la subescala de gravedad de ideación suicida de la Sp-C-SSRS entre pacientes con tentativa de suicidio y sin ella, con una media para el total de la muestra de 2,1 (1,8 desviación estándar), con una media para el grupo de antecedente de tendencia suicida de 15,2 (4,4 desviación estándar) y para el grupo con ausencia de tendencia suicida de 12,2 (4,5 desviación estándar) . La verificación de la sensibilidad al cambio se realizó a través de una regresión lineal que mostró que la disminución de una unidad en el ítem 3 de la HDRS correspondió con un cambio de 13,51 unidades en la subescala de intensidad de la Sp-C-SSRS ( $p = 0,007$ ); el alfa de Cronbach fue de 0,53 y el análisis factorial de la subescala de intensidad identificó 2 componentes que explicaron el 55,66 % de la varianza total (10). La subescala de gravedad de la ideación de la Sp-C-SSRS se correlacionó moderada, pero significativamente con la SIS en los pacientes con tendencia suicida. Posner et al. también había encontrado una moderada validez convergente entre las 2 medidas. por lo que se esperaba este hallazgo. La subescala de gravedad de la ideación de la C-SSRS se diseñó para reflejar 5 tipos diferentes de ideación de creciente gravedad, mientras que la SIS se diseñó para medir la gravedad de la intención de cometer suicidio entre los pacientes que realmente habían intentado suicidarse, el análisis de las comparaciones se debe hacer con precaución (10).

El protocolo de Columbia es simple, eficiente, eficaz, está apoyado por la evidencia, es universal y de uso gratuito. Esta escala ha sido la primera en abordar todo el marco del pensamiento y comportamiento suicida que orientan hacia un mayor riesgo en el individuo y en la actualidad es la herramienta más basada en evidencia de su tipo, por lo que se ha concluido que es el instrumento más cercano a un patrón de oro en la identificación del nivel de riesgo de los pacientes con tendencia suicida (40,41).

### **Metodología y Diseño**

Incluye el universo y la muestra de la población objeto de estudio, el diseño metodológico, métodos de recolección de la información, plan de análisis.

#### **Diseño del estudio y población**

Estudio prospectivo de validación de escalas, adaptación lingüística y evaluación de pruebas psicométricas para la escala C-SSR.

#### **Población de prueba**

Individuos adultos que asisten al servicio de consulta externa, unidad de agudos y hospital día, de un centro de atención en salud mental en Colombia, con cualquier motivo de consulta.

#### **Población de estudio**

Individuos mayores de 18 años que asisten por atención en el servicio de consulta externa, unidad de agudos y hospital día, del Instituto Colombiano del Sistema Nervioso – Clínica Montserrat, las 24 horas al día los 7 días de la semana, desde el 1 de noviembre de 2023, hasta terminar la recolección de la muestra, con cualquier motivo de consulta, con o sin conducta suicida.

#### **Criterios de elegibilidad**

##### **Criterios de inclusión**

- Personas de 18 años o mayores.
- Personas que asisten al servicio de consulta externa, unidad de agudos y hospital día, del Instituto Colombiano del Sistema Nervioso – Clínica Montserrat con cualquier motivo de consulta, con o sin conducta suicida.
- Comprensión del idioma español.

##### **Criterios de exclusión**

- Personas en quienes se documente por historia clínica un trastorno cognitivo que no permita la comprensión de las preguntas del evaluador.
- Limitaciones en la comunicación entre el entrevistador y el paciente.
- No firmar el consentimiento informado por escrito para participar en el estudio.

#### **Muestreo**

Se realizará un muestreo consecutivo con los asistentes al servicio de consulta prioritaria de la Clínica Montserrat, a partir de las 7 am del 1 de noviembre de 2023, hasta completar los 200 participantes del estudio, que cumplan con los criterios de elegibilidad. El Instituto Colombiano del Sistema Nervioso Central – Clínica Montserrat es una entidad privada ubicada en la ciudad de Bogotá, que presta servicios de atención en salud mental, centrados en las necesidades del paciente. La clínica cuenta con los servicios de hospitalización en psiquiatría, consulta externa programada y consulta externa no programada o prioritaria, programa de hospitalización diurna, programa de hospitalización día para adultos mayores (psicogeriatría) y programa de adicciones, y presta sus servicios a pacientes particulares y afiliados a seguros médicos y empresas de medicina prepagada con quienes se encuentra un convenio vigente.

Los psiquiatras y residentes en psiquiatría, quienes valoran los pacientes que consultan en este servicio, deberán verificar los criterios de elegibilidad de los potenciales participantes, luego presentarán el consentimiento informado y solicitarán su participación en el estudio; los profesionales recibirán un entrenamiento previo en el uso de las escalas



de evaluación de riesgo suicida, C-SSRS e ISB, las cuales diligenciarán a lo largo de la consulta en la plataforma REDCap (46,47), además del diligenciamiento inicial de caracterización sociodemográficas. En caso de existir fallo tecnológico para el diligenciamiento de las escalas a través del enlace en red, se tendrá preparado como contingencia los formatos impresos que posteriormente serán transcritos en REDCap. La investigadora principal informará el momento en el que se haya completado la muestra para culminar el proceso de reclutamiento de los participantes.

### Tamaño de la muestra

Aunque en este estudio, dado el tipo de muestreo, no se utilizarán métodos de estadística inferencial, se ha decidido garantizar que el tamaño de muestra del estudio fuese a lo menos suficiente para un estudio en el que se aplicaran dichos métodos de análisis. Se utilizará el mayor tamaño calculado para asegurar la realización de los análisis estadísticos planteados (tabla 2); este corresponde al establecido por las cargas factoriales de los constructos, según Hair y cols., en el cual para obtener un tamaño muestral necesario asociado a la significación de las cargas factoriales de 0,4 con un nivel de significación de 5 % y un poder de 80 %, sería necesaria una muestra de 200 sujetos consultantes (48).

**Tabla 2. Cálculos del tamaño de muestra:**

Tamaño de muestra para comparación entre intención pacientes con intención suicida y sin ella.	Diferencia de medias a detectar subescala de gravedad de ideación suicida Sp-C-SSRS: 2,1 Desviación estándar grupo con tentativa suicida: 4,4 Desviación estándar grupo sin tentativa suicida: 4,5 Tipo de contraste bilateral. Potencia del 80 %, nivel de significancia 0,05. $n = 71$ participantes en cada grupo = 142
Tamaño de muestra para el coeficiente de correlación de las escalas	$H_0: \rho = 0$ vs $H_a: \rho \neq 0$ Potencia del 80 %, nivel de significancia 0,05. Cuando el valor $H_a$ es mayor que el valor nulo: ( $\rho_0: 0.5, \rho_1: 0.7$ ) $n = 100$
Tamaño de muestra para el alfa de Cronbach	$H_0: \alpha = 0$ vs $H_a: \alpha \neq 0$ Potencia del 80 %, nivel de significancia 0,05. Cuando el valor $H_a$ es mayor que el valor nulo: ( $\alpha_0: 0.5, \alpha_1: 0.7$ ) 10 ítems en la escala (5 ideación, 5 comportamiento). 20 % de pérdidas $n = 87$
Tamaño de muestra para análisis factorial confirmatorio	Por las cargas factoriales de los constructos, según Hair y cols., en el cual para obtener un tamaño muestral necesario



## PRESENTACIÓN DE ANTEPROYECTO DE INVESTIGACION INSTITUTO COLOMBIANO DEL SISTEMA NERVIOSO

FO-IN-03/ VERSION 1 /10-06-15

	asociado a la significación de las cargas factoriales de 0,4 con un nivel de significación de 5 % y un poder de 80 %, sería necesaria una muestra de 200 sujetos consultantes (48)
--	--

### Instrumentos

#### Caracterización sociodemográfica

Se hará una recolección de las características basales de la población estudiada, recogiendo las variables consignadas a continuación:

**Tabla 3. Categorización de las variables sociodemográficas.**

Variable	Definición	Tipo de variable
Edad	Años cumplidos	Cuantitativa de razón
Sexo	Masculino	Cualitativa, nominal
	Femenino	
Orientación sexual	Gay	Cualitativa, nominal
	Lesbiana	
	Heterosexual	
	Bisexual	
	Asexual	
Estado civil	Casado	Cualitativa, nominal
	Soltero	
	Viudo	
	Divorciado/separado	
	Unión libre	
Nivel educativo	Básica primaria o menor	Cualitativa, ordinal
	Bachiller	
	Técnico	
	Profesional	
	Post grado	
Región de residencia habitual.	Región Andina: Antioquia, Boyacá, Caldas, Caquetá, Cauca, Cesar, Chocó, Cundinamarca, Huila, Nariño, Norte de Santander, Putumayo, Quindío, Risaralda, Santander, Tolima y Valle del Cauca.	Cualitativo, nominal
	Región Amazonia: Amazonas, Caquetá, Guainía, Guaviare, Meta, Putumayo, Vaupés y Vichada.	
	Región Caribe: Atlántico, Bolívar, Cesar, Córdoba, La Guajira, Magdalena, Chocó (Acandí y Ungía), Antioquia y Sucre.	



PRESENTACIÓN DE ANTEPROYECTO DE INVESTIGACION  
INSTITUTO COLOMBIANO DEL SISTEMA NERVIOSO

FO-IN-03/ VERSION 1 /10-06-15

	Región Insular: San Andrés y Providencia, Bolívar (Islas del Rosario), Bolívar (Isla de San Bernardo), Cauca (Isla Gorgona), Valle del Cauca (Isla de Malpelo). Región Orinoquía: Arauca, Casanare, Meta y Vichada. Región Pacífica: Cauca, Valle del Cauca, Chocó y Nariño.	
Convivencia (con quién comparte el techo)	Solo Familia Amigos	Cualitativa, nominal
Red de apoyo (puede ser más de uno)	Familia Amigos Otro No tiene	Cualitativa, nominal
Ocupación actual (puede ser más de uno)	Trabaja Estudia Incapacidad laboral Pensionado	Cualitativa, nominal
Estrato	1 a 6	Cualitativa, ordinal
Atención hospitalaria en los últimos 3 meses	Si No	Cualitativa, nominal
Ideación suicida previa (en cualquier momento de la vida)	Si No	Cualitativa, nominal
Intento de suicidio previo (puede ser más de uno)	Ahorcamiento Envenenamiento Otros métodos violentos (impacto vehicular, salto de altura, ahogamiento, gaseado, arma de fuego) Cortadas ( <i>cutting</i> ) Otro, cuál.	Cualitativa, nominal
Hospitalización psiquiátrica previa (al menos una noche internado)	Si No	Cualitativa, nominal
Diagnóstico clínico por enfermedad mental (puede ser más de uno)	Trastorno depresivo Trastorno bipolar Trastorno de ansiedad Trastorno del estado de ánimo Trastorno por abuso de sustancias Trastorno de personalidad Otro, cuál.	Cualitativa, nominal
Enfermedad mental en	Si	Cualitativa, nominal



tratamiento (contacto continuo con atención primaria o psiquiátrica con tratamiento por una condición psiquiátrica)	No	
---	----	--

### Escala de ideación suicida de Beck (ISB)

Esta escala se diseñó para cuantificar y evaluar la recurrencia consciente de pensamientos suicidas; expresando las diferentes dimensiones de autolesividad: pensamientos o deseos; también la amenaza suicida expresada abiertamente a otros. La ISB tiene 19 reactivos aplicados en el contexto de una entrevista clínica semiestructurada. Estos reactivos miden la intensidad de las actitudes, conductas y planes específicos para suicidarse. Cada reactivo tiene 3 opciones de respuesta, con un rango de valoración que va de 0 a 2. El rango teórico del puntaje es de 0 a 38, se considera que una puntuación igual o mayor de 1 es indicativo de riesgo de suicidio, reflejando que, a mayor puntuación mayor riesgo de suicidio. Si la puntuación de los reactivos (4) "Deseo de 'intentar suicidarse'" y (5) "Intento pasivo de suicidarse", es de "0", no se continua con los siguientes reactivos y se suspende la entrevista, terminando de codificarlo como: "No aplicable" (49). Ver anexo 2.

### Escala Columbia para evaluar el riesgo de suicidio: C-SSRS(50)

La C-SSRS se compone de diez categorías, las cuales mantienen respuestas binarias (sí/no) para indicar la presencia o ausencia de la conducta. Las diez categorías incluidas en el C-SSRS son las siguientes:

- **Categoría 1: Deseo de estar muerto**
- **Categoría 2: Pensamientos suicidas activos no específicos**
- **Categoría 3: Ideación suicida activa con cualquier método (sin plan)**
- **Categoría 4: Ideación suicida activa con alguna intención de actuar, sin un plan específico**
- **Categoría 5: Ideación suicida activa con plan e intención específicos**
- **Categoría 6: Actos o Comportamiento Preparatorios**
- **Categoría 7: Intento abortado**
- **Categoría 8: Intento interrumpido**
- **Categoría 9: Intento real (no fatal)**
- **Categoría 10: Suicidio consumado**

También se utiliza una respuesta binaria de sí/no para evaluar la conducta autolesiva sin intención suicida. El resultado de la C-SSRS es una puntuación numérica derivada de las categorías C-SSRS. La puntuación se crea en cada evaluación para cada paciente y se utiliza para determinar el tratamiento.

Ideación suicida: La categoría máxima de ideación suicida (1-5 en el CSSRS) presente en la evaluación. Se debe asignar una puntuación de 0 si no hay ideación presente.

Según los puntajes obtenidos se clasifica al individuo como:

- **Ideación suicida: con una respuesta "sí" en cualquier momento durante el tratamiento, a cualquiera de las cinco preguntas sobre ideación suicida (Categorías 1-5) en la C-SSRS.**



- Comportamiento suicida: Una respuesta afirmativa en cualquier momento durante el tratamiento, a cualquiera de las cinco preguntas sobre comportamiento suicida (Categorías 6-10) en la C-SSRS.
- Ideación o comportamiento suicida: Una respuesta afirmativa en cualquier momento durante el tratamiento, a cualquiera de las diez preguntas sobre ideación o comportamiento suicida (Categorías 1-10) en la C-SSRS.

La interpretación de la C-SSRS puede tener lugar a un nivel detallado, una escala categórica o una determinación de la gravedad general de la ideación y el comportamiento suicida. Se pueden derivar calificaciones específicas de la C-SSRS, como la escala de letalidad del comportamiento suicida (comportamiento con poca probabilidad de lesiones, comportamiento con probabilidad de lesiones, pero no de muerte, o comportamiento con probabilidad de muerte a pesar de atención médica disponible), y el índice de intensidad de la ideación suicida. En última instancia, la interpretación se derivará de una evaluación clínica exhaustiva, el historial del cliente y la experiencia clínica. Ver anexo 3.

La identificación de riesgos con el protocolo de Columbia es lo suficientemente directiva como para tener una indicación inmediata del nivel de riesgo y lo suficientemente flexible como para que las intervenciones se puedan modificar utilizando el juicio clínico.

La "puntuación" al final de la aplicación de la escala es de: riesgo bajo, moderado o alto, dependiendo de dónde haya respuestas afirmativas. Las respuestas más preocupantes corresponden a un "sí" reciente (el mes pasado) a la pregunta 4 o 5 sobre la gravedad de la ideación y/o cualquier comportamiento reciente (los últimos 3 meses).

Si la respuesta es positiva, sólo a las preguntas 1 o 2 (o con factores de riesgo modificables y fuertes factores protectores, o sin antecedentes informados de ideación o comportamiento suicida), se considerará riesgo bajo de suicidio, y se recomienda un manejo ambulatorio:

1. Deseos de morir: *¿Ha deseado estar muerto/a o quedarse dormido/a y no despertar?*
2. Pensamientos suicidas activos no específicos: *¿Ha pensado realmente en matarse?*

Si la respuesta es positiva, a la pregunta 3 (o comportamiento suicida hace más de 3 meses o múltiples factores de riesgo y pocos factores protectores), se considerará riesgo moderado de suicidio, y se recomienda un manejo abordando directamente el riesgo de suicidio, implementando estrategias de prevención del suicidio y desarrollando un plan de seguridad:

3. Ideación suicida activa con cualquier método (no un plan) sin intención de actuar: *¿Ha pensado en cómo podría hacerlo?*

Si la respuesta es positiva, a la pregunta 4 o 5 (o comportamiento suicida en los últimos 3 meses), se considerará riesgo alto de suicidio, y se recomienda iniciar el proceso de admisión por psiquiátrica, permanecer con el paciente hasta que se complete la el proceso de traslado a un nivel superior de atención y dar seguimiento y documentar el resultado de la evaluación psiquiátrica de emergencia:

4. Ideación suicida activa con cierta intención de actuar, sin un plan específico: *¿Ha tenido estos pensamientos y alguna intención de llevarlos a cabo?*

5. Ideación suicida activa con plan específico e intención: *¿Ha empezado a elaborar o ya tiene elaborados los detalles de cómo se va a matar? ¿Tenida intención de llevar a cabo este plan?*

#### Recolección de la información



## PRESENTACIÓN DE ANTEPROYECTO DE INVESTIGACION INSTITUTO COLOMBIANO DEL SISTEMA NERVIOSO

FO-IN-03/ VERSION 1 /10-06-15

La información del estudio será recolectada en dos fases. La primera fase corresponderá a los datos para la adaptación lingüística de la escala y la segunda será la estimación de las propiedades psicométricas.

### - Primera fase: Adaptación lingüística y prueba de campo

En el primer contacto con los psiquiatras, la investigadora explica el objetivo del estudio y la voluntariedad de su participación, y se realiza la capacitación sobre el uso de la escala con el respaldo de la autora y el equipo del Protocolo de Columbia. Luego de ello, para la adaptación lingüística de la versión en español de la escala Sp-C-SSRS en Colombia, se realizará un panel con 6 psiquiatras participantes en el estudio para determinar la comprensión de cada ítem de la escala, analizando cada pregunta y estableciendo, si es necesario, un ajuste en la organización gramatical; en este formato se establecerá la región de procedencia del profesional a fin de describir si existió multiculturalidad al momento de ajustar el lenguaje de la escala. Se elegirán profesionales con perfiles heterogéneos en cuanto a edad y tiempo trabajado en la institución, los especialistas deberán estar trabajando en el momento del estudio y deben tener fluidez en el idioma español (ver anexo 4).

Posteriormente, se realizará la prueba de campo donde se acompañará el proceso de administración del instrumento durante la valoración del paciente por parte del especialista y se solicitará autorización para ejecutar una entrevista cognitiva a 5 pares (paciente y psiquiatra), registrando en un tiempo máximo de 40 minutos, a través de la técnica de sondeo verbal más profundo de las respuestas mediante la técnica de pensar en voz alta, la evaluación de la redacción de las preguntas y de acuerdo con los comentarios se ejecutará el ajuste lingüístico final. Teniendo en cuenta la sensibilidad emocional de un paciente en condición de riesgo suicida, la entrevista cognitiva se aplicará a 5 pares (paciente y psiquiatra) cuya estabilidad clínica sea validada por el especialista, permitiendo así la fluidez de la entrevista (ver anexo 4).

### - Segunda fase: Validación psicométrica

Para la estimación de las propiedades psicométricas, se aplicará la escala Sp-C-SSRS a 200 pacientes atendidos en la clínica en el servicio de consulta prioritaria entre aquellos sin cuadro de intención suicida validado por historia clínica según criterio del profesional, y con cuadro dentro del espectro de intención suicida identificado durante su motivo de consulta e ingreso a valoración.

Los psiquiatras y residentes en psiquiatría de la clínica, en el proceso de valoración de los pacientes que dura alrededor de 1 hora, son los encargados de realizar la aplicación de la escala, según identificación de criterios de elegibilidad y firma del consentimiento informado de los participantes. Tendrán acceso directo a la plataforma de REDCap donde diligenciarán: formato de caracterización sociodemográfica de los pacientes, pregunta a pregunta de la escala de intención suicida de Beck y de la Sp-C-SSRS. También contarán con los instrumentos impresos en papel, en caso de no tener acceso al sistema por el motivo que sea, para luego ser transcritos a REDCap por la investigadora principal.

Como parte de la herramienta para la validación de contenido, se les entregará a 10 jueces (psiquiatras) una ficha para la evaluación de los ítems de la escala Sp-C-SSRS, donde deberán calificar cada ítem dentro de su dominio el grado de relevancia de la pregunta, siendo 1 irrelevante y 5 muy relevante, cuya información será interpretada con el coeficiente V de Aiken (ver anexo 5, ficha de validación por jueces según Aiken).



Se realizará un estudio de concordancia inter-evaluadores, para lo cual se tomará una muestra de pacientes a quienes se les solicitará autorización (ver anexo 6) para la grabación de las entrevistas. La entrevista será realizada por un experto (psiquiatra) y la grabación de las respuestas de cada paciente será enviada a tres jueces adicionales, quienes revisarán la escala y proporcionarán la puntuación de forma independiente, sin conocer el resultado del entrevistador inicial, con lo cual se obtendrán cuatro evaluaciones para establecer el grado de concordancia.

El cálculo del tamaño de la muestra se estableció teniendo en cuenta la prevalencia de las categorías para la subescala de gravedad (51), en la que se evalúan 5 tipos de ideaciones de gravedad suicida creciente con una escala ordinal de 5 puntos (de 1= deseos de morir a 5= ideación suicida con plan específico e intención), bajo los siguientes parámetros: Programa estadístico R (52), error tipo I de 0,05, un poder del 80%, un coeficiente kappa ponderado mínimo aceptable ("0 = 0,6), 5 categorías y cuatro evaluadores. La muestra requerida para el estudio de concordancia es de 34 pacientes.

### Plan de análisis de datos

Se realizará el análisis en el programa estadístico R (52). Se realizará una descripción de las características sociodemográficas y clínicas de los participantes. Las variables categóricas serán descritas con frecuencias absolutas y porcentajes, y las variables cuantitativas con medidas de tendencia central y variabilidad.

Para la validación psicométrica de Sp-C-SSRS, se utilizará el concepto emergente que unifica los diferentes tipos de validación (aparente, de contenido y de criterio) por un concepto unitario bajo la denominación de “validez de constructo”, con el objetivo de hacer de la validez una estructura argumentativa de evidencia estadística, analítica y experiencial, con distintos tipos que respalden la interpretación de los resultados obtenidos. Las fuentes que describiremos a continuación son: 1) Contenido, ¿los elementos del instrumento representan completamente el constructo?; 2) Proceso de respuesta, determina la relación entre el constructo pretendido y los procesos de pensamiento de los sujetos u observadores; tiene como principio la validez discriminante que busca evaluar la capacidad que tiene la Sp-C-SSRS para discriminar los sujetos en distintos ángulos del espectro de gravedad de la ideación suicida, y de este modo refleja en la escala aquellas medidas que no tengan relación; de hecho, que no la presenten (53); 3) Estructura interna, fiabilidad y estructura factorial aceptables; 4) Relación con otras variables, correlación con puntajes de otro instrumento que evalúa el mismo constructo; 5) Consecuencias, ¿los puntajes realmente marcan la diferencia? (54).

La evaluación de la validez de contenido se obtendrá con base en un análisis de la batería de ítems de la escala Sp-C-SSRS por parte de jueces escogidos (psiquiatras), quienes son expertos en la temática, y se utilizará el coeficiente V de Aiken que permite cuantificar la relevancia de los ítems respecto a un dominio de contenido a partir de sus valoraciones. Con la calificación de representatividad del constructo determinado por los especialistas se calculará el coeficiente cuyo resultante arrojará valores entre 0 y 1, cuanto más cercano a 1, entonces se considerará un mayor acuerdo entre jueces y mayor validez de contenido. Si algún de los ítems presenta problemas sistemáticamente, se presentará una recomendación final de sugerir que, en el contexto de los evaluadores, la escala debe ir sin ese ítem.



Para aportar a la evaluación de la validez de constructo, los pacientes se clasificarán en 2 grupos según su motivo de consulta, uno será el de aquellos con cuadro clínico dentro del espectro de la intención suicida y el otro corresponde a aquellos sin esta condición. Posteriormente, se compararán los puntajes promedio de la escala Sp-C-SSRS obtenidos entre esos dos grupos. Posteriormente se calculará la diferencia promedio de los puntajes de la escala entre estos dos grupos, y se calculará el tamaño del efecto con el D de Cohen o el Delta de Cliff, dependiendo la distribución de los puntajes, considerando tamaños del efecto mayores a 0,5 como evidencia de diferencia entre los grupos.

En la línea planteada, otra prueba en la estructura de la validez de constructo es el análisis del reporte de la escala cuando se compara con los resultados de otro instrumento que mida el mismo problema. La escala de Ideación Suicida de Beck es una de las herramientas más ampliamente conocidas para abordar este comportamiento; se calculará el coeficiente de correlación de Pearson o Spearman, según corresponda de acuerdo con los supuestos, y se correlacionará con las puntuaciones de la categoría de gravedad de la ideación de la Sp-C-SSRS. Una correlación mayor a 0,5 entre ambos instrumentos se considerará como evidencia de buena relación de la escala con otras variables.

Además, se estimará la correlación entre las puntuaciones de la subescala de gravedad de la ideación de la C-SSRS y la puntuación de los ítems 2 y 4 de la escala de Ideación Suicida de Beck; estos dos ítems hablan específicamente la ideación suicida (“Deseo de morir”, “Deseo de intentar activamente el suicidio”).

Como parte del estudio de la validez discriminante y la estructura interna, dado que ya se conoce la estructura factorial de la C-SSRS por Posner y cols en la escala original (40), en primera medida se realizará un análisis factorial confirmatorio, para verificar que la estructura factorial conserve la misma estructura en la población evaluada en este estudio; lo anterior a través del cálculo del error cuadrático medio de aproximación por grado de libertad (RMSEA). En general, valores en RMSEA menores de 0,05 indican un buen ajuste y los valores comprendidos entre 0,05 y 0,08 un ajuste razonable. Si se encuentran diferencias en la estructura factorial, se llevará a cabo un análisis factorial exploratorio que empezará desde la evaluación de los supuestos para su realización aplicando la Prueba de Esfericidad de Bartlett y el Índice Kaiser-Meyer-Olkin, y se construirán los dominios correspondientes.

Para determinar el grado de concordancia, se estimará el coeficiente Kappa ponderado. Los valores kappa se interpretan según la definición de Landis y Koch en 1977, donde: <0 = acuerdo pobre; 0,01-0,20 = acuerdo leve; 0,21-0,40 = acuerdo regular; 0,41-0,60 = acuerdo moderado; 0,61-0,80 = acuerdo.

Finalmente, la evaluación de la confiabilidad de la escala se realizará con la medición de la consistencia interna de la subescala de ideación de la Sp-C-SSRS mediante el coeficiente Alfa de Cronbach, y se esperaría un coeficiente mayor de 0,5.

### Consideraciones Éticas

Este estudio se realizará bajo las normas internacionales de investigación en seres humanos según lo establecido en la declaración de Helsinki en su versión del 2013 (55), y de acuerdo con las normas nacionales consignadas en la Resolución 8430 de 1993 del Ministerio de Salud Colombiano (56).

## PRESENTACIÓN DE ANTEPROYECTO DE INVESTIGACION INSTITUTO COLOMBIANO DEL SISTEMA NERVIOSO

FO-IN-03/ VERSION 1 /10-06-15

La clasificación dada para este corresponde a una investigación con riesgo mínimo, ya que es un estudio prospectivo en el que se utiliza el registro de datos de valoraciones clínicas e incluye datos potencialmente sensibles. De acuerdo con lo anterior, se va a solicitar el consentimiento informado (ver anexo 6) a todos los sujetos que ingresen al estudio, se respetará la confidencialidad de la información de los participantes a través de la anonimización de la información, y se manejará la información a través de la plataforma REDCap (46,47) de la Pontificia Universidad Javeriana. Se espera que, ya aprobado por el Comité de Ética e Investigación de la Facultad de Medicina de la Pontificia Universidad Javeriana, sea evaluado por el Comité de Ética de la Clínica Montserrat y sea aprobado el consentimiento informado.

La investigadora principal se compromete a eliminar la información asociada con identificación y datos básicos de los pacientes una vez sea realizada la sistematización y depuración de los resultados.

### - Consideración de limitaciones

Con los resultados obtenidos se evaluará si dado el nivel de complejidad de la institución elegida para el desarrollo de la validación de la escala, conllevaría a una baja representatividad de los casos leves del espectro de ideación suicida, siendo una posible limitación.

Teniendo en cuenta que la muestra será recolectada en un solo lugar, con el fin de identificar algún grado de representatividad de la población de otras regiones del país, se incluirá dentro del formato de recolección de la información, una variable que indague la región de la que procede el participante, refiriendo zona en la cual ha pasado la mayor parte de su vida, y se describirá esto con el fin de reconocer transculturalidad, sin embargo, si se identifica que no hay población de diferentes áreas del país, al finalizar el estudio se evaluará qué tanto puede afectar los resultados y se incluirá en la sección de limitaciones.

### Cronograma

ACTIVIDAD	MESES											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Realización del Anteproyecto	X											
Presentación y aprobación del Anteproyecto al Comité de investigación PUJ		X										
Realización de Protocolo			X	X	X							
Presentación y aprobación de protocolo por el Comité de Ética - Clínica Montserrat (si el estudio lo requiere)						X						
Trabajo de campo y Recolección de la información							X	X				
Ánalisis de los datos							X	X				
Elaboración del informe final									X	X		



PRESENTACIÓN DE ANTEPROYECTO DE INVESTIGACION  
INSTITUTO COLOMBIANO DEL SISTEMA NERVIOSO

FO-IN-03/ VERSION 1 /10-06-15

Presentación del informe final										X	
Socialización y Publicación										X	X

### Presupuesto

La financiación del estudio será dada exclusivamente por la investigadora principal.

#### Recursos humanos:

No monetarios, en contrapartida por la investigadora principal y la Pontifica Universidad Javeriana. Investigador principal y asistente de investigación.

Médicos residentes de psiquiatría en la Clínica Montserrat, encargados de aplicar los instrumentos y realizar la recolección de la muestra.

Dos epidemiólogos clínicos como asesores metodológicos, un bioestadístico y dos psiquiatras como asesores temáticos.

#### Recursos materiales:

No monetarios, en contrapartida por la investigadora principal.

Equipos electrónicos: 2 computadores portátiles, software para la recolección de los datos, REDCap ® (licencia de parte de la Pontificia Universidad Javeriana) y análisis de la información con el programa de acceso libre R®.

No se contempla presupuesto para tiempo de la consulta de los profesionales que realizan la valoración de los pacientes, dado que, esto hace parte del proceso de atención.

**Tabla 1. Presupuesto global de la propuesta costo estimado (en miles de pesos \$)**

RUBROS	Total
Personal (Costos Directos)	<b>100.536.308</b>
Materiales y suministros (Gastos)	<b>2.300.000</b>
Equipos (Costo indirecto)	<b>3.400.000</b>
Material Bibliográfico	<b>0</b>
Otros Costos	<b>0</b>
<b>VALOR TOTAL</b>	<b>106.236.308</b>

**Tabla 2. Detalle de costos del personal (en miles de pesos \$)\***

Nombre del investigador	Formación académica	Función dentro del proyecto	Dedicación horas/semana	Total
Diana Barbosa	Médica Estudiante Maestría en Epidemiología clínica	Investigador Principal	20	48.000.000
Diego Vargas	Psiquiatra	Co-investigador	0.75	3.240.000
Eugenio Ferro	Psiquiatra	Co-investigador	0.75	3.240.000



PRESENTACIÓN DE ANTEPROYECTO DE INVESTIGACION  
INSTITUTO COLOMBIANO DEL SISTEMA NERVIOSO

FO-IN-03/ VERSION 1 /10-06-15

Viviana Rodríguez	PhD	Bioestadístico	0.75	3.405.588
Álvaro Ruiz	Mg Epidemiología Clínica	Asesor Metodológico (Epidemiólogo)	0.75	4.532.220
Socorro Moreno	Mg Epidemiología Clínica	Asesor Metodológico (Epidemiólogo)	0.75	3.118.500
Alberto Diaz	Médico	Asistente Secretario-Tabulador	30	36.000.000
<b>VALOR TOTAL</b>				100.536.308

\*Según presupuesto original calculado a 12 meses de ejecución del proyecto.

**Tabla 3. Detalle de costos en materiales y suministros (en miles de pesos \$)**

Materiales	Justificación	Valor Unitario	Total
Computadores	Se requieren dos computadores, uno para el investigador principal y uno para el asistente de investigación para la tabulación de resultados y análisis de datos.	1.700.000	3.400.000
Impresiones**	Se requieren los instrumentos y los consentimientos informados impresos como contingencia en caso de no lograr acceso a la plataforma para diligenciar la escala vía internet.	50	100.000
Conexión a internet**	Se requiere para el proceso de tabulación y análisis de datos	80.000	1.600.000
Viáticos**	Se requieren para el desplazamiento de la investigadora principal	100.000	600.000
<b>VALOR TOTAL</b>			5.700.000

Contrapartida: 103.936.308

\*\*Recursos nuevos asumidos por la investigadora principal: 2.300.000

## PRESENTACIÓN DE ANTEPROYECTO DE INVESTIGACION INSTITUTO COLOMBIANO DEL SISTEMA NERVIOSO

FO-IN-03/ VERSION 1 /10-06-15

**Tabla 4. Detalle de costos en equipos facilitados por el ICSN (en miles de pesos \$)**

Equipo	Justificación	Total
Computador	Se requiere un equipo de cómputo para el diligenciamiento en línea de los instrumentos a aplicar por parte del psiquiatra, durante la valoración de la consulta.	2.000.000
<b>VALOR TOTAL</b>		2.000.000

**Tabla 5. Material Bibliográfico (en miles de pesos \$)**

Bibliografía	Justificación	Total
<b>VALOR TOTAL</b>		

### Referencias Bibliográficas

Citar las fuentes bibliográficas de donde se extrae la información para construir el documento. Se recomienda citar al menos 30 referencias en el documento final.

1. World Health Organization. Suicide worldwide in 2019: global health estimates. World Health Organization, Geneva [Internet]. 2021 [cited 2023 Jan 15]; Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. Available from: <https://apps.who.int/iris/rest/bitstreams/1350975/retrieve>
2. García-Haro J, García-Pascual H, González González M. Un enfoque contextual-fenomenológico sobre el suicidio. Rev Asoc Esp Neuropsiq. 2018 Dec;38(134):381–400.
3. Navarro-Gómez N. El suicidio en jóvenes en España: cifras y posibles causas. Análisis de los últimos datos disponibles. Clin Salud [Internet]. 2017 [cited 2023 Jan 23];28:25–31. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.clysa.2016.11.002>
4. Baumeister RF. Suicide as escape from self. Psychol Rev [Internet]. 1990 [cited 2023 Jan 23];97(1):90–113. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/2408091/>
5. Klonsky ED, Saffer BY, Bryan CJ. Ideation-to-action theories of suicide: a conceptual and empirical update. Curr Opin Psychol. 2018 Aug 1;22:38–43.
6. Weber AN, Michail M, Thompson A, Fiedorowicz JG. Psychiatric Emergencies: Assessing and Managing Suicidal Ideation. Medical Clinics of North America. 2017 May 1;101(3):553–71.
7. Ahmedani BK, Simon GE, Stewart C, Beck A, Waitzfelder BE, Rossom R, et al. Health Care Contacts in the Year Before Suicide Death. J Gen Intern Med [Internet]. 2014 [cited 2023 Jan 23];29(6):870–7. Available from: <http://www.cdc.gov/nchs/deaths.htm>
8. Feldman MD, Franks P, Duberstein PR, Vannoy S, Epstein R, Kravitz RL. Let's Not Talk About It: Suicide Inquiry in Primary Care. The Annals of Family Medicine [Internet]. 2007 Sep 1 [cited 2023 Jan 23];5(5):412–8. Available from: <https://www.annfammed.org/content/5/5/412>
9. Mundt JC, Greist JH, Jefferson JW, Federico M, Mann JJ, Posner K. Prediction of Suicidal Behavior in Clinical Research by Lifetime Suicidal Ideation and Behavior Ascertained by the Electronic

## PRESENTACIÓN DE ANTEPROYECTO DE INVESTIGACION INSTITUTO COLOMBIANO DEL SISTEMA NERVIOSO

FO-IN-03/ VERSION 1 /10-06-15

- Columbia-Suicide Severity Rating Scale. J Clin Psychiatry [Internet]. 2013 Jul 16 [cited 2023 Jan 23];74(9):15045. Available from: <https://www.psychiatrist.com/jcp/depression/suicide/prediction-suicidal-behavior-clinical-research-lifetime>
10. Al-Halabí S, Sáiz PA, Burón P, Garrido M, Benabarre A, Jiménez E, et al. Validación de la versión en español de la Columbia-Suicide Severity Rating Scale (Escala Columbia para Evaluar el Riesgo de Suicidio). Rev Psiquiatr Salud Ment. 2016 Jul 1;9(3):134–42.
11. Blanco C, Blanco C. El suicidio en España. Respuesta institucional y social. Rev Cienc Soc [Internet]. 2020 Jun 6 [cited 2023 Feb 2];33(46):79–106. Available from: [http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0797-55382020000100079&lng=es&nrm=iso&tlng=es](http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0797-55382020000100079&lng=es&nrm=iso&tlng=es)
12. Fundación Española para la Prevención del Suicidio. Observatorio del Suicidio en España - Prevención del suicidio. [Internet]. 2020 [cited 2023 Feb 2]. Available from: <https://www.fsme.es/observatorio-del-suicidio-2020/>
13. Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses. Repositorio de estadísticas - Forensis. 2019; Available from: <https://www.medicinallegal.gov.co/cifras-estadisticas/forensis>
14. About the Lighthouse Project The Columbia Lighthouse Project [Internet]. [cited 2023 Jan 23]. Available from: <https://cssrs.columbia.edu/about-the-project/about-the-lighthouse-project/>
15. Guerrero Díaz M. Reflexiones sobre el suicidio desde la mirada histórica.
16. Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses. Suicidio en Colombia: el papel del Instituto más allá del dato epidemiológico [Internet]. [cited 2023 Jan 13]. Available from: [https://www.medicinallegal.gov.co/blog/-/blogs/suicidio-en-colombia-el-papel-del-instituto-mas-allá-del-dato-epidemiológico?scroll=\\_com\\_liferay\\_blogs\\_web\\_portlet\\_BlogsPortlet\\_discussionContainer](https://www.medicinallegal.gov.co/blog/-/blogs/suicidio-en-colombia-el-papel-del-instituto-mas-allá-del-dato-epidemiológico?scroll=_com_liferay_blogs_web_portlet_BlogsPortlet_discussionContainer)
17. Rivera GHA. SUICIDIO: CONSIDERACIONES HISTÓRICAS. Rev Med La Paz. 2015;21(2).
18. Berrios GE. HISTORIA DE LOS SÍNTOMAS DE LOS TRASTORNOS MENTALES: La psicopatología descriptiva del siglo XIX. México: Fondo de Cultura Económica; 2008.
19. Una de cada 100 muertes es por suicidio [Internet]. [cited 2023 Jan 15]. Available from: <https://www.who.int/es/news/item/17-06-2021-one-in-100-deaths-is-by-suicide>
20. Suicidio [Internet]. [cited 2023 Jan 15]. Available from: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/suicide>
21. Prevención del suicidio - OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud [Internet]. [cited 2023 Jan 18]. Available from: <https://www.paho.org/es/temas/prevencion-suicidio>
22. Tasa de mortalidad por suicidio (por cada 100 000 habitantes) - Latin America & Caribbean (excluding high income) | Data [Internet]. [cited 2023 Jan 20]. Available from: [https://datos.bancomundial.org/indicador/SH.STA.SUIC.P5?locations=XJ&most\\_recent\\_value\\_desc=true](https://datos.bancomundial.org/indicador/SH.STA.SUIC.P5?locations=XJ&most_recent_value_desc=true)
23. Ministerio de Salud. Política Nacional de Salud Mental [Internet]. 2018 [cited 2023 Jan 22]. Available from: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/politica-nacional-salud-mental.pdf>
24. Herramienta para la interpretación, intervención de lesiones de causa extrema en colombia. Forensis Datos para la vida. 2020;
25. Silverman MM, de Leo D. Why There Is a Need for an International Nomenclature and Classification System for Suicide The Status Quo. Crisis [Internet]. 2016 [cited 2023 Jan 22];37(2):83–7. Available from: <https://econtent.hogrefe.com/doi/pdf/10.1027/0227-5910/a000419>
26. de Leo D, Burgis S, Bertolote JM, Kerkhof AJFM, Bille-Brahe U. Definitions of suicidal behavior: Lessons learned from the WHO/EURO Multicentre Study. . Crisis: The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention [Internet]. 2006 [cited 2023 Jan 22];27:4–15. Available from: <https://doi.org/10.1027/0227-5910.27.1.4>
27. Posner K, Oquendo MA, Gould M, Stanley B, Davies M. Columbia Classification Algorithm of Suicide Assessment (C-CASA): Classification of Suicidal Events in the FDA's Pediatric Suicidal Risk Analysis of Antidepressants. Am J Psychiatry. 2007;164(7):1035–43.
28. Silverman MM, Berman AL, Sanddal ND, O'carroll PW, Joiner TE, Leo D, et al. 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 Threat Behav [Internet]. 2007 Jun 1 [cited 2023 Jan 31];37(3):264–77. Available from: <https://onlinelibrary-wiley-com.ezproxy.javeriana.edu.co/doi/full/10.1521/suli.2007.37.3.264>

## PRESENTACIÓN DE ANTEPROYECTO DE INVESTIGACION INSTITUTO COLOMBIANO DEL SISTEMA NERVIOSO

FO-IN-03/ VERSION 1 /10-06-15

29. Silverman MM, Berman AL, Sanddal ND, O'Carroll PW, Joiner TE. Rebuilding the Tower of Babel: A Revised Nomenclature for the Study of Suicide and Suicidal Behaviors Part 1: Background, Rationale, and Methodology. *Suicide Life Threat Behav* [Internet]. 2007 Jun 1 [cited 2023 Jan 31];37(3):248–63. Available from: <https://onlinelibrary-wiley-com.ezproxy.javeriana.edu.co/doi/full/10.1521/suli.2007.37.3.248>
30. Crosby A, Ortega L, Melanson C. Self-directed Violence Surveillance: Uniform Definitions and Recommended Data Elements, Version 1.0 [Internet]. Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Injury Prevention and Control. Atlanta; 2011 [cited 2023 Jan 31]. Available from: <https://www.cdc.gov/suicide/pdf/self-directed-violence-a.pdf>
31. Posner K, Brodsky B, Yershova K. The Classification of Suicidal Behavior. *The Oxford Handbook of Suicide and Self-Injury* [Internet]. Oxford University Press; 2014 [cited 2023 Jan 22]. Available from: <https://doi.org/10.1093/oxfordhb/9780195388565.013.0004>
32. Goodfellow B, Kölves K, de Leo D. Contemporary Classifications of Suicidal Behaviors: A Systematic Literature Review. *Crisis*. 2020;41(3):179–86.
33. Stengel E. Recent research into suicide and attempted suicide. *American Journal of Psychiatry*. 1962;118:725–7.
34. Melhem NM, Brent DA, Ziegler M, Kolko D, Oquendo M, Birmaher B, et al. Familial Pathways to Early-Onset Suicidal Behavior: Familial and Individual Antecedents of Suicidal Behavior. *Am J Psychiatry*. 2007;164(9):1364–70.
35. Barber ME, Marzuk PM, Leon AC, Portera L. Aborted suicide attempts: A new classification of suicidal behavior. *American Journal of Psychiatry*. 1998;155(3):385–9.
36. O'Connor RC. Towards an integrated motivational–volitional model of suicidal behaviour. In: O'Connor R, Platt S, Gordon J, editors. *International Handbook of Suicide Prevention: Research, Policy and Practice*. 2011. p. 181–98.
37. Klonsky E, May A. Suicide, Suicide Attempts, and Suicidal Ideation. *Annual Review of Clinical Psychology* [Internet]. 2016 Jan 11 [cited 2023 Jan 22];307–30. Available from: <https://www.annualreviews.org/doi/pdf/10.1146/annurev-clinpsy-021815-093204>
38. Sistema General de Seguridad Social en Salud – Colombia. Guía de Práctica Clínica para la prevención, diagnóstico y tratamiento de la ideación y/o conducta suicida (Adopción) [Internet]. 2017 [cited 2022 Sep 19]. Available from: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/INEC/IETS/guia-prevencion-conducta-suicida-adopcion.pdf>
39. Ana Carvajal Valcárcel C. revisiones0 ¿Cómo validar un instrumento de medida de la salud? Vol. 34, An. Sist. Sanit. Navar. 2011.
40. Posner K, Brown GK, Stanley B, Brent DA, Yershova K v., Oquendo MA, et al. The Columbia-suicide severity rating scale: Initial validity and internal consistency findings from three multisite studies with adolescents and adults. *American Journal of Psychiatry* [Internet]. 2011 [cited 2022 May 9];168(12):1266–77. Available from: [www.cssrs.columbia.edu](http://www.cssrs.columbia.edu)
41. About the Protocol. The Columbia Lighthouse Project [Internet]. [cited 2023 Feb 1]. Available from: <https://cssrs.columbia.edu/the-columbia-scale-c-ssrs/about-the-scale/>
42. Translations The Columbia Lighthouse Project [Internet]. [cited 2022 Nov 28]. Available from: <https://cssrs.columbia.edu/the-columbia-scale-c-ssrs/translations/#lv>
43. Lindh ÅU, Dahlin M, Beckman K, Strömsten L, Jokinen J, Wiktorsson S, et al. A Comparison of Suicide Risk Scales in Predicting Repeat Suicide Attempt and Suicide: A Clinical Cohort Study:18m12707. *J Clin Psychiatry*. 2019;80(6).
44. Evidence. The Columbia Suicide Severity Rating Scale (C-SSRS): Psychometric evidence [Internet]. 2022 [cited 2023 Jan 31]. Available from: <https://cssrs.columbia.edu/the-columbia-scale-c-ssrs/evidence/>
45. Stefansson J, Nordström P, Jokinen J. Suicide Intent Scale in the prediction of suicide. *J Affect Disord*. 2012 Jan 1;136(1–2):167–71.
46. Harris P, Taylor R, Minor B, Elliott V, Fernandez M, O'Neal L, et al. The REDCap consortium: Building an international community of software partners. *Biomed Inform*. 2019 May 9;
47. Harris P, Taylor R, Thielke R, Payne J, Gonzalez N, Conde J. Research electronic data capture (REDCap) – A metadata-driven methodology and workflow process for providing translational research informatics support. *Biomed Inform*. 2009 Apr;42(2):377–81.

## PRESENTACIÓN DE ANTEPROYECTO DE INVESTIGACION INSTITUTO COLOMBIANO DEL SISTEMA NERVIOSO

FO-IN-03/ VERSION 1 /10-06-15

48. Hair JF, Anderson RE, Tatham RL, Black WC. Análisis Multivariante. 5th ed. Pearson Prentice Hall, editor. Madrid; 1999.
49. Beck AT, Kovacs M, Weissman A. Assessment of Suicidal Intention: The Scale for Suicide Ideation. *J Consult Clin Psychol.* 1979;47(2):343–52.
50. Nilsson ME, Suryawanshi S, Gassmann-Mayer C, Dubrava S, Mcsorley P, Jiang K. Columbia—Suicide Severity Rating Scale. Scoring and Data Analysis Guide [Internet]. 2013 Feb [cited 2023 Jan 23]. (2.0). Available from: <https://cssrs.columbia.edu/wp-content/uploads/ScoringandDataAnalysisGuide-for-Clinical-Trials-1.pdf>
51. Corral R, Alessandria H, Agudelo Baena LM, Ferro E, Duque X, Quarantini L, et al. Suicidality and Quality of Life in Treatment-Resistant Depression Patients in Latin America: Secondary Interim Analysis of the TRAL Study. *Front Psychiatry.* 2022 Mar 2;13:812938.
52. Mark Stevenson with contributions from Telmo Nunes, Cord Heuer, Jonathon Marshall, Javier Sanchez, Ron Thornton, Jeno Reiczigel, Jim Robison-Cox, Paola Sebastiani, Peter Solymos, Kazuki Yoshida, Geoff Jones, Sarah Pirikahu, Simon Firestone, Ryan Kyle, Joh [Internet]. [cited 2020 Oct 3]. Available from: <https://cran.r-project.org/web/packages/epiR/index.html>
53. Antonio Martínez-García J, Martínez-Caro L. La validez discriminante como criterio de evaluación de escalas: ¿teoría o estadística? \* Discriminant Validity as a Scale Evaluation Criterion: Theory or Statistics? 2008;(1):27–36.
54. Cook DA, Beckman TJ. Current Concepts in Validity and Reliability for Psychometric Instruments: Theory and Application. 2006;
55. Declaración de Helsinki de la AMM – Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos – WMA – The World Medical Association [Internet]. [cited 2022 Nov 28]. Available from: <https://www.wma.net/es/policies-post/declaracion-de-helsinki-de-la-amm-principios-eticos-para-las-investigaciones-medicas-en-seres-humanos/>
56. Ministerio de Salud de Colombia. Resolución 8430 de 1993.

**ANEXO 1.**

Tabla 5. Tabla de reporte de propiedades psicométricas de la C-SSRS con coeficientes.

Predictive Validity - Suicidal Ideation			
	Predictor	Criterion	Coefficients
<i>Bjureberg et al 2021</i>	<i>Ideation severity (1-5) past month</i>	Death by suicide	Within 7 days: OR =1.6 ( 1.2–2.1) Within one month: adjusted OR 1.5, 95% CI 1.2-1.8 Within one year: adjusted OR 1.3, 95% CI 1.1–1.4
	<i>Ideation severity (0-2 vs 3-5) past month</i>	Death by suicide	Within 7 days: Adj OR= 4.7 (1.5–14.8) Within one month: Adj OR= 4.0 (1.9–8.6) Within one year: Adj OR=2.4 (1.5–3.6)
<i>Greist et al. 2014</i> eCSSRS, drug trials 6,760 patients with psychiatric disorders and 2,077 nonpsychiatric disorder patients	<i>None Reported</i>	Actual, interrupted or aborted attempts	All patients: 0.8% incidence rate, N=4975 Psychiatric patients: 1.1% incidence rate, N=3184
	<i>Wish to Be Dead</i>	Actual, interrupted or aborted attempts	OR= 6.21, 95% CI = 4.18 – 9.23, p <0.001 OR= 4.99, 95% CI = 3.29 – 7.56, p <0.001
	<i>Non-Specific Active Thoughts</i>	Actual, interrupted or aborted attempts	OR= 6.69, 95% CI = 4.16 – 10.76, p <0.001 OR= 5.53, 95% CI = 3.38-9.04, p <0.001
	<i>Active with any methods (not plan) w/o intent to act</i>	Actual, interrupted or aborted attempts	OR= 11.16, 95% CI = 7.43-16.76, p <0.001 OR= 8.36, 95% CI = 5.44-12.84, p <0.001
	<i>Active with Some Intent to Act, without specific plan</i>	Actual, interrupted or aborted attempts	OR= 19.27, 95% CI = 12.97 – 28.63, p <0.001 OR= 15.24, 95% CI = 10.07-23.09, p <0.001
	<i>Active with specific plan and intent</i>	Actual, interrupted or aborted attempts	OR= 25.53, 95% CI = 16.94 – 38.47, p <0.001 OR= 18.70, 95% CI = 12.16 – 28.76, p <0.001
<i>Posner et al. 2011</i> (TASA study N=124, ages 12-18)	<i>Baseline worst-point</i>	Attempts	OR=1.45, 95% CI=1.07-1.98, p=0.02
		Actual, interrupted and aborted attempts	OR=1.34, 95% CI=1.05-1.70, p=0.02
	<i>Lifetime severity</i>	Attempts	OR=1.43, 95% CI=0.99-2.05, p=0.05
	<i>Severity 4-5 (any intent to act)</i>	Attempts	OR=3.26, 95% CI=1.02-10.45, p=0.047
		Actual, interrupted and aborted attempts	OR= 3.26, 95% CI=1.07-7.12, p=0.036

<b>Horwitz et al. 2015</b> (N=473, ages 15-24)	<i>Ideation severity 1 to 5</i>	Attempt	OR= 1.51, 95% CI= 1.24-1.84, p<0.001
<b>Arias et al. 2016</b> (N=874, mean age 37)	<i>Current ideation severity 4 or 5 (with intent to die)</i>	Actual attempt or suicide 6 weeks post-ED visit	OR=1.70 95% CI 1.18-2.44, p =.004
		Actual, interrupted, aborted attempts, suicide or preparatory behavior	OR =1.52 95%CI 1.23-1.86 p <. 001
<b>Madan et al. 2016:</b> (N=1,055 adult psych in-patients)	<i>Most severe ideation within 72 hours of hospitalization</i>	Any suicide behavior within 6 months post hospitalization	r =.165, p<.01, N=275
		Psychiatric re-hospitalization within 6 months	r =.125, p <.05, N=275
<b>Conway et al. 2016:</b> (N=85 adolescents, age < 18, mean age=16.2)	Severity of ideation (1-5)	Any type of suicidal behavior at follow-up	OR= 1.66, 95% CI= 1.13-2.44, p<0.05
	Ideation with intent to act (4 or 5)		OR= 7.76, 95% CI= 1.66-36.23, p<0.01
<b>Lindh et al. 2018</b> (N=804 Adults, age 18-95 years, median age=33)	Most Severe Ideation	Actual Attempt	OR= 1.2, 95% CI= 0.9-1.4, p=0.06
<b>Matarazzo et al 2018</b> (n=237, mean age 46.1)	<i>Ideation severity 1 to 5</i>	Actual attempt	OR= 2.93 CI= 0.89 - 11.1, p=.02
		Preparatory behavior	OR= 1.95 CI= 1.14-3.32, p < .01
		Any behavior	OR= 1.84 CI= 1.23-2.75, p < .01
<b>Park et al 2019</b> (N=1359, age≥10)	<i>Ideation severity 1 to 5</i>	Planned actual attempt	OR= 1.58 CI= 1.36-1.83, p < .01
	<i>Ideation severity 5 (with specific plan and any intent)</i>	Planned actual attempt	OR=5.30 CI 1.17-24.07, p < .05
<b>King et al 2019</b> (N=2,104, ages 12-17)	<i>Lifetime ideation severity</i>	Actual attempt or death within 3 months follow up	OR = 1.35 CI 1.03 - 1.76, p = .031

Predictive Validity – SI Intensity			
	Predictor	Criterion	Coefficients
<b>Conway et al. 2016:</b> (N=85 adolescents, age < 18, mean age=16.2)	Ideation intensity total score	Any type of suicidal behavior at follow-up	OR= 1.27, 95% CI= 1.04-1.54, p<0.05
<b>Lindh et al. 2018</b> (N=804 adults, ages 18-95 years, median age=33)	Total Intensity Score	Actual Attempt	OR= 1.07, 95% CI= 1.03-1.1, p=0.001
	Frequency		OR= 1.2, 95% CI= 1.1-1.4, p=0.002
	Duration		OR= 1.2, 95% CI= 1.03-1.3, p=0.01
	Controllability		OR= 1.1, 95% CI= 1.01-1.3, p=0.03
	Deterrents		OR= 1.1, 95% CI= 1.03-1.3, p=0.02
	Reasons		OR= 1.1, 95% CI= 0.9-1.3, p=0.3
<b>Gipson et al. 2014</b> (N=178, ages 13-17)	Total Intensity Score	Return Psychiatric Emergency Visit	OR= 1.09, 95% CI= 1.00-1.19, p<0.05
	Duration	Return Psychiatric Emergency Visit	OR= 1.67, 95% CI= 1.16-2.42, p<0.01
		Actual Attempt	OR= 1.80, 95% CI= 1.06-3.04, p<0.05
Predictive Validity - Suicidal Behavior			
	Predictor	Criterion	Coefficients
Bjureberg et al 2021	<i>Suicidal behavior question</i>	Death by suicide	Within 7 days: adjusted OR 6.9, 95% CI 2.1–22.7 Within one month: adjusted OR 5.1, 95% CI 2.3-11.2) Within one year: adjusted OR 2.8, 95% CI 1.7–4.5
<b>Horwitz et al. 2015:</b>	Attempt	Attempt	OR=4.80, 95% CI = 2.23-10.32, p<0.001

(N=473, ages 15-24)	<i>NSSIB item</i>	Attempt	OR=3.12, 95% CI = 1.36-7.19, p<0.01
<i>Gipson et al. 2014</i> (N=178, ages 13-17)	<i>NSSIB item</i>	Return ER visit	OR = 1.52; 95% CI, 1.08-2.12, p<.05
		Attempt	X <sup>2</sup> = 4.131, df = 1, p = 0.04
<i>Conway et al. 2016</i> (N=85, age < 18, mean age=16.2)	<i>Attempts</i>	Re-attempt [short-term]	OR= 11.50, 95% CI= 1.66-79.65, p<0.05
<i>Greist et al. 2014</i>	<i>Attempt</i>	Actual, interrupted or aborted attempts	OR=4.57, 95% CI = 3.6-5.7, p<0.001
	<i>Interrupted Attempt</i>	Actual, interrupted or aborted attempts	OR=5.55, 95% CI = 4.4-7.0, p<0.001
	<i>Aborted Attempt</i>	Actual, interrupted or aborted attempts	OR=5.09, 95% CI = 4.1-6.4, p<0.001
	<i>Preparatory behavior</i>	Actual, interrupted or aborted attempts	OR=5.69, 95% CI = 4.3-7.5, p<0.001

Fuente: The Columbia Suicide Severity Rating Scale (C-SSRS) Supporting Evidence. The Columbia Lighthouse Project. Última revisión 31 de enero de 2022 (1).

## Referencia

1. Evidence. The Columbia Suicide Severity Rating Scale (C-SSRS): Psychometric evidence [Internet]. 2022 [cited 2023 Jan 31]. Available from: <https://cssrs.columbia.edu/the-columbia-scale-c-ssrs/evidence/>

## ANEXO 2. ESCALA DE IDEACIÓN SUICIDA DE BECK (Scale for Suicide Ideation, SSI)

### 1. *Deseo de vivir*

- 0. Moderado a fuerte
- 1. Débil
- 2. Ninguno

### 2. *Deseo de morir*

- 0. Ninguno
- 1. Débil
- 2. Moderado a fuerte

### 3. *Razones para vivir/morir*

- 0. Porque seguir viviendo vale más que morir
- 1. Aproximadamente iguales
- 2. Porque la muerte vale más que seguir viviendo

### 4. *Deseo de intentar activamente el suicidio*

- 0. Ninguno
- 1. Débil
- 2. Moderado a fuerte

### 5. *Deseos pasivos de suicidio*

- 0. Puede tomar precauciones para salvaguardar la vida
- 1. Puede dejar de vivir/morir por casualidad
- 2. Puede evitar las etapas necesarias para seguir con vida

### 6. *Dimensión temporal (duración de la ideación/deseo suicida)*

- 0. Breve, períodos pasajeros
- 1. Por amplios períodos de tiempo
- 2. Continuo (crónico) o casi continuo

### 7. *Dimensión temporal (frecuencia del suicidio)*

- 0. Raro, ocasional
- 1. Intermitente
- 2. Persistente o continuo

### 8. *Actitud hacia la ideación/deseo*

- 0. Rechazo
- 1. Ambivalente, indiferente
- 2. Aceptación

### 9. *Control sobre la actividad suicida/deseos de la acción*

- 0. Tiene sentido del control
- 1. Inseguro
- 2. No tiene sentido del control

### 10. *Disuasivos para un intento activo (familia, religión, irreversibilidad)*

- 0. Puede no intentarlo a causa de un disuasivo
- 1. Alguna preocupación sobre los medios pueden disuadirlo

2. Mínima o ninguna preocupación o interés por ellos
11. *Razones para el intento contemplado*
  0. Manipular el entorno, llamar la atención, vengarse
  1. Combinación de 0 y 2
  2. Escapar, solucionar los problemas, finalizar de forma absoluta
12. *Método (especificidad/planificación del intento contemplado)*
  0. No considerado
  1. Considerado, pero detalles no calculados
  2. Detalles calculados/bien formulados
13. *Método (accesibilidad/oportunidad para el intento contemplado)*
  0. Método no disponible, inaccesible. No hay oportunidad
  1. El método puede tomar tiempo o esfuerzo. Oportunidad escasa
  2. Método y oportunidad accesibles
  2. Futura oportunidad o accesibilidad del método previsto
14. *Sentido de «capacidad» para llevar adelante el intento*
  0. No tiene valor, demasiado débil, miedoso, incompetente
  1. Inseguridad sobre su valor
  2. Seguros de su valor, capacidad
15. *Expectativas/espera del intento actual*
  0. No
  1. Incierto
  2. Sí
16. *Preparación actual para el intento contemplado*
  0. Ninguna
  1. Parcial (p. ej., empieza a almacenar pastillas, etc.)
  2. Completa (p. ej., tiene las pastillas, pistola cargada, etc.)
17. *Nota suicida*
  0. Ninguna
  1. Piensa sobre ella o comenzada y no terminada
  2. Nota terminada
18. *Actos finales en anticipación de la muerte (p. ej., testamento, póliza de seguros, etc.)*
  0. Ninguno
  1. Piensa sobre ello o hace algunos arreglos
  2. Hace planes definitivos o terminó los arreglos finales
19. *Engaño/encubrimiento del intento contemplado*
  0. Reveló las ideas abiertamente
  1. Frenó lo que estaba expresando
  2. Intentó engañar, ocultar, mentir

**IDEACIÓN SUICIDA**

Haga las preguntas 1 y 2. Si ambas respuestas son negativas, pase a la sección de "Comportamiento suicida". Si la respuesta a la pregunta 2 es "sí", haga las preguntas 3, 4 y 5. Si la respuesta a la pregunta 1 y/o 2 es "sí", complete la sección "Intensidad de la ideación" más abajo.

Considerando toda la vida - (cuando la persona sintió más ganas de suicidarse)

1 mes pasado

**1. Deseos de morir**

El/la participante reconoce tener pensamientos sobre su deseo de morir o dejar de vivir o de quedarse dormido/a y no despertar.  
¿Ha deseado estar muerto/a o quedarse dormido/a y no despertar?

Sí      No  
   

Sí      No  
   

Si la respuesta es "sí", describa:

**2. Pensamientos suicidas activos no específicos**

Pensamientos no específicos de querer terminar con su vida/suicidarse (p. ej., "He pensado en suicidarme") sin pensamientos sobre las maneras de matarse, métodos relacionados, intenciones o plandurante el período de evaluación.

¿Ha pensado realmente en matarse?

Sí      No  
   

Sí      No  
   

Si la respuesta es "sí", describa:

**3. Ideación suicida activa con cualquier método (no un plan) sin intención de actuar**

El/la participante reconoce tener pensamientos suicidas y ha pensado en al menos un método durante el período de evaluación. Esto es diferente a un plan específico con hora, lugar o detalles del método elaborado (p. ej., ha pensado en el método para suicidarse pero no en un plan específico). Incluye a las personas que digan: "He pensado en tomar una sobredosis pero nunca he ideado un plan específico de cuándo, dónde o cómo lo haría... y nunca lo llevaría a cabo".

¿Ha pensado en cómo podría hacerlo?

Sí      No  
   

Sí      No  
   

Si la respuesta es "sí", describa:

**4. Ideación suicida activa con cierta intención de actuar, sin un plan específico**

El/la participante tiene pensamientos suicidas activos e informa tener cierta intención de llevarlos a cabo, a diferencia de que dijera "Tengo esos pensamientos pero definitivamente no los voy a llevar a cabo".

¿Ha tenido estos pensamientos y alguna intención de llevarlos a cabo?

Sí      No  
   

Sí      No  
   

Si la respuesta es "sí", describa:

**5. Ideación suicida activa con plan específico e intención**

Pensamientos de suicidio con detalles elaborados completa o parcialmente y el/la participante tiene cierta intención de llevarlos a cabo.

¿Ha empezado a elaborar o ya tiene elaborados los detalles de cómo se va a matar? ¿Tenida intención de llevar a cabo este plan?

Sí      No  
   

Sí      No  
   

Si la respuesta es "sí", describa:

**INTENSIDAD DE LA IDEACIÓN**

Las siguientes características deben ser evaluadas con respecto al tipo más severo de ideación (p. ej., 1-5 de arriba, con 1 siendo el menos severo y 5 siendo el más severo). Pregunte sobre cuando la persona sintió más deseos de suicidarse.

Considerando toda la vida - Ideación más seria:

Tipo N° (1-5)

Descripción de la ideación

Más seria      Más seria

1 mes pasado -

Ideación más seria:

Tipo N° (1-5)

Descripción de la ideación

**Frecuencia**

¿Cuántas veces ha tenido estos pensamientos?

(1) Menos de una vez por semana    (2) Una vez por semana    (3) De 2 a 5 veces por semana    (4) Diariamente o casi diariamente    (5) Muchas veces al día

—

—

**Duración**

Cuando tiene esos pensamientos, ¿cuánto tiempo duran?

(1) Fugaces/pocos segundos o minutos    (4) De 4 a 8 horas/la mayor parte del día  
(2) Menos de 1 hora/algo de tiempo    (5) Más de 8 horas/persistentes o continuos  
(3) De 1 a 4 horas/mucho tiempo

—

—

**Control**

¿Podría/puede dejar de pensar en matarse o en querer morirse si lo desea?

(1) Puede controlar los pensamientos fácilmente    (4) Puede controlar los pensamientos con mucha dificultad  
(2) Puede controlar los pensamientos con muy poca dificultad    (5) No puede controlar los pensamientos  
(3) Puede controlar los pensamientos con alguna dificultad    (0) No intenta controlar los pensamientos

—

—

**Impedimentos**

¿Hay cosas - alguien o algo (p. ej., la familia, la religión, el dolor al morir) - que hayan evitado que quisiera morir o que se dejara llevar por los pensamientos suicidas?

(1) Los impedimentos definitivamente detuvieron sus intentos de suicidio    (4) Los impedimentos probablemente no lo/la detuvieron  
(2) Los impedimentos probablemente lo/la detuvieron    (5) Los impedimentos definitivamente no lo/la detuvieron  
(3) No está seguro/a de que los impedimentos lo/la hayan detenido    (0) No corresponde

—

—

**Razones para la ideación**

¿Qué razones ha tenido para pensar en querer morirse o matarse? ¿Puede que haya sido para terminar con el dolor o con la manera en que se sentía (es decir, no podía seguir viviendo con ese dolor o con la manera en que se sentía) o para llamar la atención, vengarse u obtener una reacción de los demás? ¿O ambas posibilidades?

(1) Absolutamente para llamar la atención, vengarse u obtener una reacción de los demás    (4) Mayormente para terminar con el dolor (no podía seguir viviendo con el dolor o con la manera en que se sentía)  
(2) Mayormente para llamar la atención, vengarse u obtener una reacción de los demás    (5) Absolutamente para terminar con el dolor (no podía seguir viviendo con el dolor o con la manera en que se sentía)  
(3) Igualmente para llamar la atención, vengarse u obtener una reacción de los demás y para terminar con el dolor    (0) No corresponde

—

—

<b>COMPORTAMIENTO SUICIDA</b> <i>(Marque todos los que correspondan, con tal de que sean eventos diferentes; debe preguntar sobre todos los tipos)</i>				Considerando toda la vida	3 meses pasados
<b>Intento real:</b> Un acto potencialmente autodestructivo cometido por lo menos con un cierto deseo de morir <i>como resultado del mismo</i> . El comportamiento fue concebido en parte como un método para matarse. La intención no necesita ser al 100%. Si hay <b>cierta</b> intención o deseo de morirse asociado al acto, puede considerarse un intento suicida real. <b>No es necesario que haya alguna herida o daño</b> , sólo el potencial de herirse o dañarse. Si la persona aprieta el gatillo con una pistola en la boca pero la pistola no funciona y no se hiere, esto se considera un intento. Intención inferida: aunque una persona niegue la intención o los deseos de morir, ésta puede inferirse clínicamente por medio de la conducta o de las circunstancias. Por ejemplo, un acto letal muy grave que claramente no es un accidente, solamente puede inferirse que fue con intención de suicidio (p. ej., un balazo en la cabeza, saltar de una ventana de un piso alto). También, si alguien niega la intención de morir, pero pensó que lo que hizo podría ser letal, se puede inferir la intención. <b>¿Ha intentado suicidarse?</b> <b>¿Ha hecho algo para hacerse daño?</b> <b>¿Ha hecho algo peligroso por lo cual podría haberse muerto?</b> <b>¿Qué hizo?</b> <b>¿Usted _____ como una manera de terminar con su vida?</b> <b>¿Quería morirse (aunque fuera un poco) cuando usted _____?</b> <b>¿Estaba tratando de terminar con su vida cuando usted _____?</b> <b>¿O pensó que era posible que podría haber muerto por _____?</b> <b>¿O lo hizo sólo por otras razones o sin NINGUNA intención de suicidarse (como aliviar el estrés, sentirse mejor, obtener empatía o para que pasara otra cosa)?</b> (Comportamiento autodestructivo sin intención suicida) Si la respuesta es "sí", describa:				Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
<b>¿Ha tenido la persona un comportamiento autodestructivo no suicida?</b> <b>Intento interrumpido:</b> Cuando la persona es interrumpida (por una circunstancia ajena a su voluntad) al empezar un acto potencialmente autodestructivo ( <i>si no fuera por eso, el intento habría ocurrido</i> ). Sobre dosis: la persona tiene las pastillas en la mano pero no las ingiere. Una vez que se ingiere cualquier pastilla, esto se convierte en un intento real más que en un intento interrumpido. Dispararse: la persona tiene una pistola apuntándose hacia sí misma, otra persona le quita la pistola o evita de algún modo que la persona apriete el gatillo. Una vez que la persona aprieta el gatillo, aunque la pistola falle, es un intento. Saltar: la persona está por saltar, la sujetan y la retiran del borde. Ahorarse: la persona tiene la soga en el cuello pero no ha comenzado a ahorarse y algo la detiene. <b>¿Ha habido algún momento en que empezó a hacer algo para terminar con su vida pero alguien o algo lo/la detuvo antes de que lo hiciera?</b> Si la respuesta es "sí", describa:				Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
<b>Intento abortado:</b> Cuando la persona empieza a prepararse para un intento de suicidio pero se detiene antes de tener un comportamiento autodestructivo. Los ejemplos se parecen a los del intento interrumpido, excepto que la persona se detiene por sí misma en lugar de ser detenida por otra cosa. <b>¿Ha habido algún momento en que empezó a hacer algo para tratar de terminar con su vida pero se detuvo antes de hacerlo?</b> Si la respuesta es "sí", describa:				Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
<b>Actos o comportamiento preparatorios:</b> Actos o preparativos para llevar a cabo un inminente intento de suicidio. Esto incluye algo más allá de las palabras o de los pensamientos, como estructurar un método específico (p. ej., comprar pastillas, comprar una pistola) o prepararse para su muerte por suicidio (p. ej., regular sus cosas, escribir una nota suicida). <b>¿Ha hecho algún preparativo para un intento suicida o para matarse (como juntar pastillas, comprar una pistola, regular posesiones valiosas o escribir una nota suicida)?</b> Si la respuesta es "sí", describa:				Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
<b>Responda solamente por intentos reales</b>		Fecha del intento más reciente:	Fecha del intento más letal:	Fecha del primer intento:	
<b>Grado de letalidad y lesiones:</b> 0. No hay daño físico o muy poco daño físico (p. ej., rasguños superficiales). 1. Daño físico menor (p. ej., habla aletargada, quemaduras de primer grado, sangrado ligero, esguinces). 2. Daño físico moderado: necesita atención médica (p. ej., está consciente pero somnoliento/a, responde un poco, quemaduras de segundo grado, sangrado de conducto sanguíneo principal). 3. Daño físico moderadamente grave: necesita hospitalización y probable cuidado intensivo (p. ej., está en coma con reflejos intactos, quemaduras de tercer grado en menos del 20% del cuerpo, pérdida de sangre considerable pero puede recuperarse, fracturas graves). 4. Daño físico grave: necesita hospitalización con cuidado intensivo (p. ej., está en coma sin reflejos, quemaduras de tercer grado en más del 20% del cuerpo, pérdida de sangre considerable con signos vitales inestables, daño grave en un área vital). 5. Muerte		Ingrese código _____	Ingrese código _____	Ingrese código _____	
<b>Letalidad potencial: conteste solamente si hay causa de muerte real = 0</b> Muerte probable en el intento real aunque sin lesiones (los siguientes ejemplos, aunque no provocaron lesiones, tuvieron gran potencial letal: se puso una pistola dentro de laboca y apretó el gatillo pero la pistola falló por lo que no hubo lesiones que requirieran atención médica; se acostó en las vías de un tren que estaba a punto de pasar pero se retiró antes de que el tren lo/la arrollara).		Ingrese código _____	Ingrese código _____	Ingrese código _____	
0 = Comportamiento con poca probabilidad de lesiones					
1 = Comportamiento con probabilidad de lesiones pero no de muerte					
2 = Comportamiento con probabilidad de muerte a pesar de atención médica disponible					

#### **ANEXO 4. PANEL DE EXPERTOS Y ENTREVISTA COGNITIVA**

Panel de expertos para adaptación gramatical y lingüística escala versión en español de la C-SSRS.

Esquema del panel:

1. Explicación del objetivo de la discusión y presentación entre expertos.
2. Moderación del panel por parte de la investigadora, invitación a los participantes a aportar con sus comentarios.
3. Solicitud de permiso y grabación de la discusión.
4. Preguntas a los panelistas:
  - Por favor, lea de nuevo todo el cuestionario.
  - Comparta su experiencia, indique si entiende el significado de las preguntas o si hay conceptos que resultan difíciles de comprender.
  - ¿Hay palabras u oraciones que no son claras?, compártalas.
  - Sugiera expresiones alternativas en caso de identificar palabras u oraciones no comprensibles.
5. Conclusiones y observaciones finales por parte de la investigadora. Se construirá y se comparte en conjunto el documento final de la C-SSRS con los ajustes lingüísticos y gramaticales que hayan dado lugar para ser aplicados.

Entrevista cognitiva

Esquema de la entrevista:

1. Presentación con el profesional de psiquiatría y el participante.
2. Explicación de la dinámica de la entrevista:

Estamos realizando una serie de pruebas para ver cómo funciona esta escala para evaluar el riesgo suicida. Para eso, el especialista le realizará el cuestionario, para lo que le voy a pedir que lo responda con total tranquilidad como si se estuviera realizando la prueba sin mi presencia. En esta etapa lo que más nos interesa es saber cómo está funcionando la escala y si se comprenden sus preguntas. Por eso le voy a pedir que, conforme lo va respondiendo piense en voz alta. Es decir, que diga en voz alta todo lo que se le viene a la mente para responder las preguntas.

En cada pregunta, yo le voy a realizar más preguntas sobre la redacción de estas, las instrucciones allí planteadas y las opciones de respuesta:

*Antes de iniciar contestando las preguntas, ¿me podrías decir con tus propias palabras las instrucciones que te acaban de dar?*

*¿Puede decirme con sus propias palabras qué es lo que le acaban de preguntar?*

*¿Qué significa para usted la palabra (término)en esta pregunta?*

*En esta pregunta, utilizamos el término (palabra sensible), ¿le suena bien a usted o utilizaría otro término?*

*¿Fue fácil o difícil para usted decidir cuál respuesta dar a esta pregunta?*

Es importante que tenga presente que nosotros queremos saber si la escala funciona.

No dude en decirme si algo le parece confuso y si algo se puede mejorar.

Duración aproximada: 40 minutos en todo el proceso.

Antes de iniciar ¿tiene alguna pregunta?

### 3. Práctica:

Para irse familiarizando en pensar en voz alta, vamos a practicar con la primera pregunta de la escala. A partir de la segunda pregunta vamos a iniciar formalmente con la entrevista.

Adaptada de: Willis, G. B. (2004). *Cognitive Interviewing: A Tool for Improving Questionnaire Design*. Thousand Oaks, CA: Sage.

ANEXO 5.

**FICHA DE VALIDACIÓN POR JUECES SEGÚN AIKEN**

Estimado evaluador, por favor complete la siguiente ficha, después de haber observado y evaluado el instrumento adjunto. Previo a ello, vea el video instructivo del uso de la escala en el enlace compartido.

Recuerde que la escala evalúa 4 constructos: la gravedad de la ideación, la intensidad de la ideación, la conducta suicida y la letalidad de la conducta suicida. A continuación, le presentamos cada una de las categorías que encuentra en la Sp-C-SSRS, por favor califique la relevancia de cada uno de los ítems que contiene el cuestionario, siendo 1 irrelevante y 5 muy relevante.

Finalmente, agradecemos las sugerencias que tenga para cada uno de los ítems, observaciones de suficiencia y aplicabilidad.

Nivel de Relevancia	1	2	3	4	5	Sugerencias
Categoría 1: Deseo de estar muerto						
Categoría 2: Pensamientos suicidas activos no específicos						
Categoría 3: Ideación suicida activa con cualquier método (sin plan)						
Categoría 4: Ideación suicida activa con alguna intención de actuar, sin un plan específico						

Categoría 5: Ideación suicida activa con plan e intención específicos						
Categoría 6: Actos o Comportamiento Preparatorios						
Categoría 7: Intento abortado						
Categoría 8: Intento interrumpido						
Categoría 9: Intento real (no fatal)						
Categoría 10: Suicidio consumado						

Observaciones (precisar si hay suficiencia): \_\_\_\_\_

Opinión de aplicabilidad: Aplicable ( )      Aplicable después de corregir ( )      No aplicable ( )

Nombre del juez evaluador: \_\_\_\_\_

Especialidad del evaluador: \_\_\_\_\_

## ANEXO 6. FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

**Investigadora principal: Diana Marcela Barbosa Zamudio**

**Profesión: Médica general especialista en Epidemiología**

**Título al cual opta: Candidata a Magister en Epidemiología Clínica**

Lo estamos invitando a participar en el estudio “**Adaptación cultural de la escala de Columbia para evaluar la gravedad de la ideación suicida (C-SSRS) en español para Colombia**” que tiene como objetivo realizar la adaptación de la escala de Columbia para evaluar la gravedad de la ideación suicida en pacientes adultos atendidos en la consulta prioritaria del Instituto Colombiano del Sistema Nervioso – Clínica Montserrat.

Para cumplir este objetivo, se espera reunir información de los adultos que hacen parte de la población que acude al servicio de consulta externa, unidad de agudos y hospital día, para atención clínica por alguna condición de salud mental.

La participación o no en el estudio no tendrá ninguna repercusión en su proceso de atención.

Este estudio ha sido aprobado por el Comité de Investigación y Ética de la Facultad de Medicina de la Pontificia Universidad Javeriana, por el Comité de Investigación del Instituto Colombiano del Sistema Nervioso, por el Comité de ética en investigación CEI Campo Abierto Ltda. y será financiado en forma exclusiva por la investigadora principal.

### PROCEDIMIENTOS DEL ESTUDIO

Si decide participar, usted estará aceptando:

- Que como parte del proceso de valoración se le solicite responder a las preguntas que el evaluador le hará para diligenciar dos escalas, la Escala de Columbia para evaluar la gravedad de la ideación suicida (C-SSRS), y la Escala de ideación suicida de Beck, las cuales tomarán un tiempo máximo de 60 minutos.
- Que su entrevista sea video grabada y posteriormente reproducida por los expertos que hacen parte del estudio, con fines de análisis de las respuestas y valoración de sus resultados. En caso que usted sea seleccionado para grabar la entrevista podrá aceptar o negar la realización de este procedimiento.
- Que la investigadora utilice los datos obtenidos de las escalas para hacer un análisis estadístico de su aplicación en el contexto colombiano, y divulgue estos resultados, siempre manteniendo el anonimato de las participantes que dieron la información.

### BENEFICIOS

Aunque no hay un beneficio directo para usted por participar, a partir de los datos obtenidos y del análisis conjunto se espera que se pueda adaptar la escala C-SSRS para su uso en Colombia, que permita lograr un método de evaluación de la ideación y comportamiento suicida más preciso, para así ayudar a determinar de manera más precisa la acciones para reducir el riesgo de este evento.

### RIESGOS

No se anticipa ningún riesgo para las participantes.

**Adaptación cultural de la escala de Columbia para evaluar la gravedad de la ideación suicida (C-SSRS) en español para Colombia**

**RESPONSABILIDADES DEL PARTICIPANTE**

Si usted acepta participar en este estudio deberá comprometerse a responder las preguntas formuladas de forma honesta y transparente, sin ninguna presión o preocupación por el tipo de respuesta que proporcione.

**CONFIDENCIALIDAD**

La información que se recolecte será tratada como confidencial, es decir que su nombre no aparecerá en ningún reporte. Toda su información personal será anonimizada, de forma que los investigadores no podrán identificar sus datos. Ningún dato proporcionado por usted será entregado a otras instituciones ni estará disponible, sin su consentimiento, para ningún otro estudio, ni será usado para ningún otro propósito fuera de los objetivos de esta investigación, tal como han sido descritos en este documento.

El registro de los participantes y los datos de la investigación serán guardados de forma segura en un computador con clave.

Los resultados de este estudio podrán ser divulgados en documentos institucionales o en publicaciones científicas, pero en ninguna de estas publicaciones usted será identificado por su nombre.

**COMPENSACIÓN**

Usted no recibirá ninguna compensación económica, de descuento o intercambio de servicios de ninguna clase por la participación en este proyecto de investigación. La decisión de participar en este estudio es totalmente voluntaria.

**PERSONAS PARA CONTACTAR**

Si tiene cualquier pregunta acerca de este estudio, puede comunicarse con Diana Marcela Barbosa Zamudio al celular 320 4824075, o al correo electrónico [barbosadm@javeriana.edu.co](mailto:barbosadm@javeriana.edu.co).

Si tiene dudas con respecto a los derechos y deberes que tiene por su participación en este estudio, puede comunicarse con MSc. Isabel Moreno, como representante del Comité de Investigación y Ética de la Facultad de Medicina de la Pontificia Universidad Javeriana, al correo electrónico [isabel.moreo@javeriana.edu.co](mailto:isabel.moreo@javeriana.edu.co).

Si tiene alguna pregunta acerca de sus derechos o siente que estos han sido vulnerados, puede comunicarse con Dr. Eduardo Angarita, presidente del Comité de Ética en Investigación CEI Campo Abierto Ltda. teléfono 3106974943 o al correo [eticaeninvestigacion@hotmail.com](mailto:eticaeninvestigacion@hotmail.com).

Si desea información adicional en relación con el progreso del proyecto de investigación o los resultados del mismo, puede contactar a Diana Marcela Barbosa Zamudio al celular 320 4824075 o al correo electrónico [barbosadm@javeriana.edu.co](mailto:barbosadm@javeriana.edu.co).

**TERMINACIÓN DEL ESTUDIO**

Su participación en el estudio es **VOLUNTARIA** y usted tiene libertad de participar o no participar. No hay ninguna obligación por el hecho de asistir a esta institución, y no hay ninguna posibilidad de que otros entes, fuera de la institución y el investigador, sepan si usted aceptó o no participar en el estudio.

Si no desea participar o no puede cumplir con los compromisos enunciados en la forma indicada, esto no tendrá ninguna repercusión en su atención. Si en cualquier momento o por cualquier razón usted decide no continuar en el presente estudio, su registro será excluido inmediatamente de la investigación.

**Adaptación cultural de la escala de Columbia para evaluar la gravedad de la ideación suicida (C-SSRS) en español para Colombia**

**ACEPTACIÓN**

Por favor indique si:

- |   |                             |                             |
|---|-----------------------------|-----------------------------|
| He entendido por qué me están invitando a participar en este estudio                                    | Si <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| He comprendido el propósito del este estudio  | Si <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| He comprendido que mi participación en este estudio es voluntaria y que puedo retirarme cuando lo desee | Si <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| He comprendido los procedimientos en los que participaré y conozco sus beneficios y riesgos             | Si <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| He comprendido que la información recolectada por este estudio será confidencial                        | Si <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| Sé a quién puedo acudir en caso de necesitar mayor información  | Si <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| He recibido respuesta satisfactoria a mis preguntas sobre este estudio                                  | Si <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| Deseo ser informado de hallazgos que signifiquen riesgo para mi salud                                   | Si <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |

**Su firma indica que usted ha decidido participar en este estudio, después de haber leído este documento, e indica que:**

**Ha leído y comprendido la información escrita en este documento, ha comprendido que su participación es voluntaria, y que su rechazo a participar no tendrá ninguna consecuencia en su atención, ni en ninguna otra forma, y que comprende que puede retirarse del estudio cuando así lo desee, sin ninguna consecuencia para usted.**

	Nombre (letra de imprenta)	Fecha (dd/mm/aa)	Firma o huella	Relación con el participante
Participante C.C.				
Acompañante C.C.				
Investigadora principal C.C 1.121.833.556 RM 2283/2014	Diana Marcela Barbosa Zamudio			

**AUTORIZACIÓN DE GRABACIÓN DE ENTREVISTAS**

Aplica Si  No

Por medio de la presente, yo: \_\_\_\_\_  
acepto ser entrevistado(a) y video grabado(a); y doy mi autorización para que esta entrevista sea reproducida por los expertos que hacen parte del estudio, con fines de análisis de las respuestas y calificación de sus resultados.

Fecha: \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_