



Creación y validación de la escala del funcionamiento mental para medir el riesgo suicida

Javier Enrique Reza González¹

javier-reza@hotmail.com

Ciudad Chetumal Quintana Roo

México

Francisco Javier Jiménez Moreno

Ciudad Chetumal Quintana Roo

México

Ma. Rocío Jiménez Moreno

Ciudad Chetumal Quintana Roo

México

Resumen

Título: Creación y validación de la escala del funcionamiento mental para medir el riesgo suicida.

Introducción: “El suicidio es el acto de quitarse deliberadamente la propia vida; el comportamiento suicida es cualquier acción que pudiera llevar a una persona a morir” (Medlineplus enciclopedia médica, 2020), y “el riesgo suicida es la probabilidad de que alguien realice un intento de acabar con su vida” (Rangel, 2015, p.2). Sigmund Freud, con su teoría psicoanalítica nos permite pensar que existe una realidad irreversible del suicidio, psicodinamia, y la existencia de una continuidad entre representaciones y autodestrucción cumplida, que depende de la salud mental individual; durante las etapas de desarrollo psicosexual se promueven las adquisiciones: prueba de realidad, integración del sí mismo y del objeto y mecanismos de defensa predominantemente usados; la combinación de estas produce las formas de funcionamiento mental psicótico, borderline y neurótico; las dos primeras tienen alto riesgo suicida, la tercera bajo riesgo suicida. Metodología: el objetivo fue crear y validar un instrumento de medición documental del riesgo suicida basado en las características del funcionamiento mental; la variable subjetiva riesgo suicida fue medida a través de tres dimensiones lógicas: Funcionamiento mental psicótico, borderline y neurótico; usamos el diseño de investigación validación de instrumentos documentales, que valoró las propiedades intrínsecas del mismo en dos fases; la primera fue exploratoria y constructivista con la creación del instrumento; la segunda fase fue descriptiva, con la valoración de constructo y de la fiabilidad; se aplicó el instrumento a 35 individuos en tres pruebas piloto, con una selección no aleatoria, a criterio del investigador. Resultados y discusión: participaron 105 individuos; 20% masculinos y 80% femeninos; la media de edad fue de 34.5 con una desviación estándar de 11.9; la media del tiempo de llenado fue de 9.8 minutos, con desviación estándar de 4.5 minutos; la tasa de rechazo fue 0%; para la construcción del instrumento se usó la validez racional, construyendo un instrumento inicial de 40 reactivos tipo escala lickert; para la validez de constructo se midió la variabilidad y se disminuyeron los reactivos a 30; obtuvimos varianzas entre 0.593 y 2.482, consideradas elevadas; usamos la correlación de Pearson y obtuvimos un determinante de 7.83E-11, considerado una alta correlación entre reactivos; la medida de adecuación muestral de Kaiser Meyer Olkin resultó de 0.248, indicando que sí existe correlación; y la prueba de esfericidad de Bartlett tuvo un p-valor=0.000 significativo; lo que nos indica que la muestra cumple con los requisitos para realizar pruebas paramétricas como el análisis factorial confirmatorio; para este usamos el método de rotación de componentes varimax con normalización kaiser porque únicamente queríamos obtener tres factores; para la fiabilidad obtuvimos un índice de alfa de Cronbach de 0.7, que aún se encuentra dentro de los límites aceptados de 0.7 a 0.9. Discusión: se obtuvieron buenas varianzas, lo que nos indica que el instrumento tiene una buena capacidad discriminativa; tiene buenas correlaciones entre reactivos y entre cada reactivo y el total, que nos indica que existe adecuada consistencia interna del instrumento; los datos demostraron que son adecuados para realizar procedimientos paramétricos; el análisis factorial confirmatorio nos dio por resultado tres factores; el índice alfa de Cronbach se encuentre dentro los límites aceptados.

Conclusiones: el instrumento es fiable y proporciona mediciones consistentes; es útil para discriminar poblaciones con riesgo suicida alto.

¹ Autor Principal

Palabras clave: suicidio, comportamiento suicida, riesgo suicida.

Creation and validation of the Mental Functioning Scale for measuring suicidal risk.

Abstract

Title: Creation and validation of the mental functioning scale to measure suicide risk.

Introduction: "Suicide is the act of deliberately taking one's own life" (Medlineplus Medical Encyclopedia, 2020); suicidal behavior is any action that could lead a person to die, and suicidal risk is the probability that someone will make an attempt to end their life (Rangel, 2015, p.2). Sigmund Freud, with his psychoanalytic theory, allows us to think that there is an irreversible reality of suicide, psychodynamics, and the existence of a continuity between representations and completed self-destruction, which depends on individual mental health; During the stages of psychosexual development, acquisitions are promoted: reality testing, integration of the self and the object, and predominantly used defense mechanisms; the combination of these produces psychotic, borderline, and neurotic forms of mental functioning; the first two have high suicidal risk, the third low suicidal risk. **Methodology:** the objective was to create and validate a documentary measurement instrument of suicide risk based on the characteristics of mental functioning; the subjective suicide risk variable was measured through three logical dimensions: psychotic, borderline and neurotic mental functioning; We used the documentary instrument validation research design, which assessed its intrinsic properties in two phases; the first was exploratory and constructivist with the creation of the instrument; the second phase was descriptive, with the construct and reliability assessment; The instrument was applied to 35 individuals in three pilot tests, with a non-random selection, at the discretion of the researcher. **Results and discussion:** 105 individuals participated; 20% male and 80% female; the mean age was 34.5 with a standard deviation of 11.9; the mean filling time was 9.8 minutes, with a standard deviation of 4.5 minutes; the rejection rate was 0%; For the construction of the instrument, rational validity was used, building an initial instrument of 40 lickert scale items; for construct validity, variability was measured and the items were reduced to 30; we obtained variances between 0.593 and 2.482, considered high; we used Pearson's correlation and obtained a determinant of 7.83E-11, considered a high correlation between items; the Kaiser Meyer Olkin sample adequacy measure was 0.248, indicating that there is a correlation; and the Bartlett sphericity test had a significant p-value=0.000; which indicates that the sample meets the requirements to perform parametric tests such as confirmatory factor analysis; for this we used the varimax component rotation method with kaiser normalization because we only wanted to obtain three factors; for reliability we obtained a Cronbach's alpha of 0.7, which is still within the accepted limits of 0.7 to 0.9. **Discussion:** good variances were obtained, which indicates that the instrument has a good discriminative capacity; it has good correlations between items and between each item and the total, which indicates that there is adequate internal consistency of the instrument; the data demonstrated that they are adequate to carry out parametric procedures; confirmatory factor analysis gave us three factors; Cronbach's alpha is within accepted limits.

Conclusions: the instrument is reliable and provides consistent measurements; it is useful to discriminate populations with high suicidal risk.

Keywords: suicide, suicidal behavior, suicidal risk.

Introducción

El suicidio es el acto de quitarse deliberadamente la propia vida, y el comportamiento suicida es cualquier acción que pudiera llevar a una persona a morir (Medlineplus enciclopedia médica, 2020); de acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), los suicidios tienen un costo alto, más de 800 000 personas se suicidan cada año, y es la segunda causa principal de muerte entre personas de 15 a 29 años; sabemos que los suicidios son prevenibles; el vínculo entre el suicidio y los trastornos mentales está bien documentado; sin embargo, muchos suicidios se producen de forma impulsiva en momentos de crisis que disminuyen la capacidad para afrontar las tensiones de la vida (Organización Mundial de la Salud, 2020).

Las distintas culturas tienen diversas manifestaciones de esta conducta, que varía de acuerdo a sus diferentes componentes, por ejemplo, encontramos en la cultura japonesa ancestral el suicidio como una manifestación con la finalidad de conservar el honor perdido, como el suicidio de los guerreros samuráis; en la época actual, el acto suicida tiene motivaciones diferentes, debido a que es considerado desde diversos puntos de vista, prevaleciendo el enfoque sociológico; uno de sus representantes más destacado fue Emile Durkheim, quien consideraba que el suicidio era el síntoma de un proceso de disgregación social (Palacio, 2010).

En su texto, *El Suicidio*, Durkheim estudió un amplio grupo de variables y usó métodos estadísticos para explicar sus posibles causas en Europa del siglo XIX (Palacio, 2010); esto marcó el inicio del estudio científico de este problema; él acuñó el término “anomia social”, la existencia de sociedades donde la ausencia de normas, o normas contradictorias, que generan una sociedad en la que no se ha regulado debidamente con leyes, situaciones concretas, y una falta de dirección que aparece en épocas de revolución social, en la que el individuo sufre alienación o pérdida de identidad; acorde con esto, clasificó los suicidios en egoísta, altruista y anómico, lo cual destacó la causalidad del mismo en ciertas características individuales que vulneran a la persona cuando es abandonada por una autoridad externa (Palacio, 2010).

Aproximadamente en la misma época de Durkheim, Sigmund Freud, desarrolló la teoría psicoanalítica; cuyos elementos nos permiten pensar que existe una realidad irreversible del suicidio, Freud dijo “así, nos preocupamos más de evitar el dolor que de buscar placer” (Freud

citado por Castillo, 1995, p. 2), el suicidio es la forma más radical de poner término a cualquier dolor, sea el de la pérdida del objeto de amor o de la propia imagen, y de acuerdo a estas teorías se puede postular la existencia de una Psicodinamia del suicidio, que opera como sustrato común, así sea que la expresión del mismo se produzca en actos, pensamientos o palabras, y que depende de la capacidad de elaboración simbólica de cada individuo; además, también podemos afirmar que existe una continuidad entre estas representaciones y la autodestrucción cumplida, que revela la existencia de una tendencia a la auto aniquilación, que estuvo presente muchos años antes de la consumación, esta continuidad es el deseo de muerte, que puede expresarse de muchas maneras (Tubert, 2020); estas diferentes expresiones se corresponden con formas de responder individualmente a las tensiones de la vida cotidiana, y que van de acuerdo a la salud mental de cada persona.

La OMS define la salud mental como “un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad” (Organización Mundial de la Salud, 2019); desde esta perspectiva la salud mental no es solamente la ausencia de enfermedad, involucra el concepto de funcionalidad, es decir, funcionar en diferentes ambientes; para que la funcionalidad sea adecuada es necesario que sea adaptativa; el concepto de adaptabilidad está implícito en el concepto de salud mental, una persona tiene mejor salud mental cuanto mejor se adapta a las diversas circunstancias que se le presentan, para lo cual tiene necesariamente que ser consciente de sí mismo y de sus capacidades, de esta manera podrá trabajar y contribuir con la sociedad; cuando un individuo tiene diversos grados de desadaptación, entonces tiene diversos problemas en sí mismo, en su relación con los otros y en su concepción del mundo, podemos decir que está mentalmente enfermo; esta enfermedad puede adoptar diversos grados de gravedad, desde las neurosis hasta la psicosis; este grado de enfermedad depende, de acuerdo con la teoría psicoanalítica, del resultado de las primeras relaciones objetales logradas durante el desarrollo psicosexual de cada individuo (Reza, 2019).

La historia del desarrollo psicosexual inicia en el momento del nacimiento; el primer gran trauma del individuo es este momento; antes del mismo el bebé se encuentra dentro del útero materno, en un ambiente protegido de estímulos externos e internos, donde todas las necesidades básicas son satisfechas de forma pasiva; este estado es un auténtico autismo, en el que no existe relación objetal, y representa el nirvana al que todo individuo desearía inconscientemente regresar ante situaciones de estrés desbordadas; este autismo solamente es interrumpido por el nacimiento, cuando el bebé ya se encuentra físicamente en condiciones de sobrevivir externamente, sin embargo, el ser humano requiere un largo periodo de dependencia para lograr el establecimiento de la psique humana y la autonomía; este periodo, que podemos llamar desarrollo psicosexual, es vital para adquirir las estructuras y los mecanismos mentales que nos harán funcionar adaptativamente, es decir, tener una adecuada salud mental (Fenichel, 2009b).

Freud encontró que existe una aparente amnesia en la vida adulta de las vivencias infantiles, él dijo, “esas mismas impresiones que hemos olvidado dejaron, no obstante, las más profundas huellas en nuestra vida anímica y pasaron a ser determinantes para todo nuestro desarrollo posterior” (Fenichel, 2009a, p.24); postuló el desarrollo infantil en varias etapas: oral, anal y fálica; con una fase de aparente inactividad al final de la etapa fálica, etapa de latencia, la cual da paso a la etapa genital; las primeras dos etapas de este desarrollo se dan en la relación diádica madre-hijo; la tercera etapa se produce en la relación triádica madre-padre-hijo; estas etapas pueden ser concebidas desde dos perspectivas entrelazadas; la primera se refiere al cambio en el origen del placer erógeno que inicia en la boca, sigue en el ano y finaliza en los genitales; durante cada una, la erogeneidad tiene mayor intensidad en cada una de las zonas corporales, alrededor de las que se forman diversas fantasías y angustias; la segunda perspectiva se refiere al cambio en la relación objetal, que inicia como autismo verdadero y llega hasta el amor objetal, también genera fantasías y angustias, que de no ser resueltas apropiadamente generan diversos grados de desadaptación (Fenichel, 2009a)

En el momento de nacer el niño no está preparado para sobrevivir por sí mismo, necesita de la madre para proporcionarle la satisfacción de sus necesidades básicas, esto crea una dependencia física y emocional, base de la formación de las estructuras mentales del aparato psíquico; inicialmente se establece una relación simbiótica, cuya función es catalizar y metabolizar todos los estímulos medio ambientales dirigidos al bebé, y, de acuerdo a las respuestas maternas durante esta relación, se forman las estructuras mentales determinantes para la adaptación adecuada; esta relación forma precursores de experiencias, que se suman a los factores constitucionales para dar lugar a la constitución psicológica de cada ser humano; el único contenido mental en el momento del nacimiento es un conjunto de impulsos primitivos que siguen un patrón de arco reflejo, un impulso crea un estado de excitación que lleva a una respuesta motora o glandular, lo que produce la gratificación del mismo; de esta forma el niño regresa de nuevo a un estado de relajación, estableciéndose la homeostasis propia de los procesos vitales (Fenichel, 2009b, 2009a)

La madre es capaz de desempeñar las funciones de maternaje con su participación y disponibilidad emocional; cuando el bebé percibe un estímulo, como el hambre, inicialmente responderá tratando de satisfacerlo con movimientos motores y vocales, el arco reflejo, respuesta que la madre puede entender y atender proporcionando la gratificación necesaria; el tiempo transcurrido entre el inicio y la gratificación de la necesidad es sentida como frustración, la cual debe mantenerse dentro de tiempos óptimos para formar estructura; la constante repetición de este ciclo lleva al bebé a aprender que la gratificación viene fuera de sí mismo, y que estará disponible en caso de necesidad futura, este aprendizaje deriva en el inicio de la integración del sí mismo y del objeto, la estructuración de los límites corporales, la adquisición de la constancia objetal y la confianza básica (Mahler, 1990).

Al inicio la boca es la estructura que se comunica con el mundo externo, ahí se recibe la gratificación, y ahí se siente la frustración; los primeros objetos son clasificados de acuerdo a su cualidad comestible o no; y la primera respuesta a estas cualidades es tragar o escupir; la gratificación se introyecta como bienestar, la frustración como agresividad; el primer objeto que es percibido se introyectará de acuerdo a su cualidad gratificante o frustradora; en este periodo

se usan los mecanismos de defensa más primitivos, la disociación, la proyección y la identificación proyectiva; cuando se producen grandes fijaciones del desarrollo psicológico, tanto por frustraciones o por gratificaciones intensas y prolongadas, entonces estos mecanismos defensivos se usarán predominantemente en el posterior curso de la vida, produciendo patologías muy desadaptativas como las psicosis.

En consecuencia, al final de los primeros dos meses de vida, el niño empieza a demostrar su salida del autismo verdadero y se fortalece la relación diádica madre-hijo, en la cual se forma el sentido de identidad, definido como “la catexia cohesiva de la imagen, firmemente diferenciada e individualizada de sí mismo” (Freud, citado por Fenichel, 2009b, p.42); esta se logra una vez completado el proceso de separación de la diada con la pérdida objetal y el logro de la autonomía; las acciones de abrazar al niño, acariciarlo, hablarle, constituyen estímulos libidinales, que junto con las satisfacciones orgánicas proveídas, y en los tiempos precisos, frustración óptima, logran que el niño establezca los límites de su propio cuerpo e imagen y los de su madre, le enseñan que él es un ser único y diferenciado de los objetos (Winnicott, 1990); cuando el maternaje no es adecuado se producen alteraciones en el desarrollo psíquico del niño, la psicosis se produce en las etapas más primitivas de la vida, durante la fase de autismo verdadero y luego en la simbiosis madre-hijo; las capacidades adaptativas del niño estarán muy limitadas y, como consecuencia, su salud mental se verá muy afectada.

Más adelante, el niño comienza a realizar juegos de exploración del mundo, usa principalmente las manos y la boca como agentes exploratorios; poco a poco, y con el inicio de la deambulación, comienza a alejarse físicamente de la madre, unos pasos a la vez, en este momento siente angustia y regresa a ella para reasegurarse libidinalmente; este reaseguramiento le proporciona valor para alejarse más; la repetición constante de este juego también proporciona estructura y ayuda al niño a iniciar, con la menor angustia posible, la pérdida del objeto y el fortalecimiento de su autonomía, afianzando su propia identidad; también, durante este periodo, el placer erógeno se concentra más en el área anal, proviene de la expulsión de las heces y, más adelante, de la retención de las mismas; se establece una relación más complicada con la madre, se inicia la enseñanza de los hábitos higiénicos y el niño aprende a postergar el

impulso y a socializarlo de acuerdo a sus necesidades; se inicia una etapa de negociación en la satisfacción de los impulsos, e igualmente, se toma conciencia del concepto de la posesión, algo que pertenece al propio yo y al mismo tiempo al mundo externo, como el dinero; las fijaciones del desarrollo producen caracteres obsesivos, la principal angustia es el abandono por el objeto; los mecanismos defensivos son de más alto nivel y se le da una satisfacción alternativa al impulso, formándose los derivados del mismo; el nivel de adaptación es mayor que en la etapa anterior.

La etapa genital tiene más importancia en cuanto a las patologías neuróticas; los genitales están altamente catectizados como zona erógena y se produce una serie de fantasías dentro del llamado Complejo de Edipo, y, de acuerdo, a la resolución de este, se producen formas determinantes de relación con los objetos; el complejo de Edipo es:

La prueba que experimenta el niño de alrededor de cuatro años, quien, superado por un deseo sexual incontrolable, aprende a sofrenar su ímpetu y a ajustarlo a los límites de su cuerpo inmaduro, a los límites de su conciencia naciente, a los límites de su miedo y, finalmente a los límites de una ley tácita que le ordena dejar de tomar a sus padres por objetos sexuales; también lo definimos como el doloroso paso de iniciación de un deseo salvaje a un deseo socializado y la aceptación, igualmente dolorosa, de que jamás podremos satisfacer totalmente nuestros deseos (Nasio, 2013, p.16).

Este complejo tiene como fruto la formación de la estructura mental llamada superyó, vital para la formación de la personalidad, y la identidad sexual; las enfermedades producidas en esta fase del desarrollo son menos severas que las desarrolladas en las etapas iniciales de la vida; aquí se dan las diversas neurosis y algunos trastornos de la personalidad, que son más adaptativas y tienen mejor pronóstico.

Finalmente, como resultado del desarrollo anterior, obtenemos una serie de características determinantes en la forma de responder a los estímulos internos y externos, y de la mayor adaptabilidad que tengamos; estas son: la integración del sí mismo y del objeto, la capacidad de prueba de realidad y los mecanismos de defensa predominantemente usados; Kernberg (1984) propuso una división del funcionamiento mental en tres tipos: psicótico, límite o borderline y

neurótico; el psicótico no tiene una adecuada integración del sí mismo ni del objeto, usa mecanismos defensivos primitivos basados en la escisión, y la prueba de realidad está completamente alterada; el tipo límite no tiene una adecuada integración del sí mismo ni del objeto, sí tiene una prueba de realidad adecuada pero está se deteriora ante situaciones de estrés, usa mecanismos de defensa primitivos; el tipo neurótico tiene una adecuada integración del sí mismo y del objeto, usa mecanismo de defensa de alto nivel basados en la represión y tiene una prueba de realidad bien integrada; por lo tanto, de acuerdo con el desarrollo a partir del nacimiento, y hasta los 5 años aproximadamente, desarrollamos estas adquisiciones determinantes, que se manifestarán a través de ideas, palabras o actos en respuesta a los diversos estímulos, que serán adaptativos, o desadaptativos, y determinarán nuestro grado de funcionamiento mental.

En consecuencia, el riesgo suicida, definido como “la probabilidad de que alguien realice un intento de acabar con su vida” (Rangel, 2015, p.2), está en función de estas características del funcionamiento mental, mientras mejor adaptados nos encontremos será menor este riesgo, pero mientras más desadaptados el riesgo se incrementará considerablemente; por eso, podemos decir que las personas que tiene funcionamiento mental psicótico y borderline tienen el mayor riesgo, y las personas que tienen funcionamiento mental neurótico tienen menor riesgo; podemos encontrar estas características en la forma de responder ante los diversos estímulos; hemos creado este instrumento documental para detectarlas y poder hacer una medición del riesgo suicida, que pueda servir para implementar medidas de prevención adecuadas a cada grupo de población; esta evalúa características propias del funcionamiento mental que, a nuestro juicio, constituyen la etiología de todas las expresiones de la conducta suicida y pueden ser útiles para todos los grupos de edad.

Actualmente existen pocos instrumentos de evaluación del riesgo suicida que contengan conceptos evaluables del funcionamiento mental, que evalúe características intrínsecas del individuo; la mayoría incluyen variables demográficas, clínicas y sociales, considerados factores de riesgo y factores protectores, y son dirigidos a grupos específicos de población; por ejemplo, en 2013, en Colombia, se realizó una revisión sistemática de la literatura, encontrando las

variables mencionadas y concluyeron que las escalas Modified Scale for Suicide Ideation y Plutchik Suicide Risk Scale cumplen con las características psicométricas adecuadas, por tener un tiempo de aplicación adecuado en el servicio de urgencias y por sus preguntas sencillas para ser utilizadas (Rangel, 2015).

La Modified Scale For Suicide Ideation es un instrumento que se pueda aplicar por personal no especializado, aprobada para adultos y adolescentes, tiene 18 ítems que se califican de 0 a 3 y evalúa tres factores: deseo suicida, preparación para el intento y capacidad percibida para realizar el intento; tiene una consistencia interna alta (α de Cronbach=0.86), la correlación ítem total va de 0.57-0.79, tiene una confiabilidad inter evaluador alta dada por un coeficiente intraclase de 0.86-1; la validez concurrente se midió correlacionando, con la evaluación clínica, los ítems de suicidio de BDI y Modified Hamilton Rating Scale for Depression; la estabilidad al repetir la evaluación dos semanas después fue de 0.65 (25); no hay datos sobre validez predictiva; la ventaja de esta escala está en sus respuestas más puntuales y en el hecho de ser utilizada por profesionales sin entrenamiento especial, ya que incluso puede aplicarse como auto reporte (Bahamón, 2018).

La Plutchik Suicide Risk Scale es un Instrumento auto aplicado, se compone de 26 ítems que se califican con sí o no; evalúa intentos suicidas previos, intensidad de ideación suicida actual, sentimientos de depresión y desesperanza y otros factores relacionados con los intentos; es fácil y rápido de administrar, de 1 a 2 minutos, distingue pacientes con tentativa de suicidio, con antecedentes de ideación o con intentos suicidas; tiene una confiabilidad buena (α de Cronbach=0.84); los autores proponen un punto de corte de 8 puntos con una sensibilidad y especificidad de 68%; solamente existe la versión original y la validación española hasta el momento (Suárez, 2019).

Metodología

El objetivo fue crear y validar un instrumento de medición documental del riesgo suicida basado en características del funcionamiento mental, que nos entregue las categorías de alto y bajo riesgo suicida al aplicarlo a una población general; la línea de Investigación es el suicidio, y la variable subjetiva de interés, es el riesgo suicida; esta la medimos a través de tres dimensiones

lógicas: funcionamiento mental psicótico, funcionamiento mental borderline y funcionamiento mental neurótico; usamos el diseño de investigación de las ciencias del comportamiento llamado validación de instrumentos documentales, que valoró las propiedades intrínsecas, o validez interna, y se realizó en dos fases; la primera fase fue exploratoria y constructivista, y en esta se desarrolló la validación de contenido, con la creación del Instrumento de medición; en la segunda fase, o de análisis descriptivo, realizamos la validación de constructo y de la fiabilidad. El estudio se realizó en la ciudad Chetumal Quintana Roo México, de enero de 2021 a diciembre de 2022.

La unidad de estudio es el propio instrumento, por lo que tuvimos que obtener datos para realizar las mediciones; estos los obtuvimos en las diferentes pruebas piloto aplicadas, que en sí mismas no son una medición sobre la población, por lo que no se requiere calcular un tamaño de muestra; fijamos el número de individuos a los que se les aplicó la escala en 35 de acuerdo al siguiente criterio estadístico “30 individuos es el número mínimo requerido para que el comportamiento de una variable de una población tienda a la distribución normal, y 40 individuos es el 10% del máximo tamaño de muestra, 385, para poder inferir los resultados de un estudio en cualquier población con un 95% de confianza, y fijados por los estadísticos y matemáticos como suficientes” (Supo, 2014); por lo tanto tomamos 35 individuos para cada una de las pruebas piloto; realizamos una selección no aleatoria de los individuos, según criterio del investigador; tomamos individuos masculinos y femeninos, de 18 y hasta 80 años, con capacidad motriz y cognitiva de responder la escala, y que fueran de fácil acceso como los que acuden a la clínica privada; la aplicación de la escala fue presencial, en formato físico y anónima, previo consentimiento informado; realizamos el análisis estadístico de los datos con el software IBM SPSS Statistics versión 22.

Resultados y discusión

Participaron 105 individuos, de los cuales 20% fueron masculinos (21) y 80% femeninos (84); la media de la edad fue de 34.2 años, con desviación estándar de 11.984; la media del tiempo de llenado de la escala fue de 9.8 minutos, con desviación estándar de 4.523; la tasa de rechazo por ítem fue 0% y la tasa de rechazo total fue 0%.

Validez de contenido: realizamos una amplia revisión de la literatura psicoanalítica Freudiana y post freudiana; encontramos que el concepto está ampliamente definido, por lo que usamos la validez racional; realizamos un Instrumento tipo escala likert para medir el grado de acuerdo o desacuerdo sobre una serie de enunciados, o la intensidad y dirección de la opinión (Elejabarrieta, 2008), con 5 opciones de respuesta por cada ítem: a) completamente de acuerdo, b) de acuerdo, c) indiferente, d) en desacuerdo y e) completamente en desacuerdo; creamos inicialmente 40 ítems, para reducirlos en un 25% en etapas posteriores; definimos la direccionalidad como favorables y desfavorables al riesgo suicida; 20 favorables y 20 desfavorables; fueron distribuidos de forma aleatoria en el cuerpo del instrumento; la forma de calificarlos fue como sigue: los ítems favorables iniciaron con un puntaje de 5 en la opción de completamente de acuerdo, y descendieron hasta la calificación de 1 en la opción completamente en desacuerdo; los ítems desfavorables se calificaron de forma inversa, con la calificación de 1 los que resulten completamente de acuerdo, y 5 los que resulten completamente en desacuerdo; presentamos los resultados en la tabla No. 1.

Tabla No 1: Instrumento inicial		
ITEM	ENUNCIADO	DIRECCIÓN
item1	Hago cosas pensando en el bienestar de las demás personas	Desfavorable
item2	Me siento bien cuando las personas cercanas a mí están bien	Desfavorable
item3	No me gusta hacer ejercicio	Favorable
item4	Puedo alejarme temporalmente de las personas que me importan	Desfavorable
item5	No puedo reconciliarme con alguna persona con la que he tenido algún problema o malentendido	Favorable
item6	Puedo ser paciente en la espera de algo	Desfavorable
item7	Siento que todas las partes de mi cuerpo me pertenecen y se integra a mí	Desfavorable
item8	Mis relaciones con otras personas son satisfactorias y duraderas	Desfavorable
item9	Mi estado emocional es estable y satisfactorio	Desfavorable
item10	Me siento incomprendido y mal visto	Favorable
item11	Las personas solo buscan aprovecharse de mí	Favorable
item12	Soy capaz de controlar el enojo	Desfavorable
item13	Soy rencoroso y no olvido las traiciones	Favorable
item14	Las leyes son necesarias, pero no se aplican a mí	Favorable
item15	Soy muy importante por sobre las demás personas	Favorable
item16	No se debe obtener lo que deseamos a cualquier precio	Desfavorable
item17	Ignoro, evado y me río de los problemas	Favorable
item18	Sé que la gente me envidia y habla mal de mí	Favorable
item19	Puedo ver y escuchar cómo me vigilan	Favorable
item20	Sé que alguien más, o algo más vive en mí, o en una parte de mí	Favorable

item21	No soy una persona que enfrenta los problemas orando a un ser superior	Desfavorable
item22	Hay cosas muy comunes que me gustaría hacer, pero me causan malestar emocional	Favorable
item23	Mi estado emocional no depende de la opinión que tienen sobre mí otras personas	Desfavorable
item24	Tengo, o he tenido fantasías o sueños en los que devoro a otras personas	Favorable
item25	No me gustan los juegos de azar, ni tomar alcohol o consumir alguna droga	Desfavorable
item26	No soy celoso con las personas importantes de mi vida	Desfavorable
item27	Mis amigos, mi pareja o mis conocidos son muy diferentes a mí	Desfavorable
item28	Cuando me alejo de alguien cercano sufro mucho, me cuesta acostumbrarme y mi vida se desequilibra	Favorable
item29	No soy nada creativo, no me gusta leer ni estudiar	Favorable
item30	Soy impredecible, impulsivo y agresivo	Favorable
item31	Siento que mi sexo biológico no está de acuerdo con mi género	Favorable
item32	No he tenido varias parejas durante mi vida	Desfavorable
item33	Me emociono mucho al mirar películas muy sangrientas y violentas	Favorable
item34	No soy creyente ni aficionado de la magia negra, la santería o la hechicería	Desfavorable
item35	No tengo muchos amigos verdaderos	Favorable
item36	Mis ideas nunca son contrarias a mis actos	Desfavorable
item37	Cuando tengo problemas me encierro en mi habitación y espero a que todo se solucione por sí mismo	Favorable
item38	No tengo problemas para confiar en las demás personas	Desfavorable
item39	Nunca trata de persuadir o convencer a las demás personas para que hagan lo que yo quiero	Desfavorable
item40	Nunca reacciono violentamente ante algo que no me agrada	Favorable
Fuente: Teoría psicoanalítica, validez de contenido		

Validez de constructo

Variabilidad: iniciamos el análisis de la validez de constructo con la descripción univariada de cada uno de los ítems para medir su capacidad discriminativa usando la varianza (Quevedo, 2011); para esto aplicamos la primera prueba piloto, con sus resultados creamos una primera base de datos y analizamos las varianzas; ordenamos sus resultados de forma ascendente, quedando los ítems que tienen menor varianza en la parte superior, estos son los que tienen una menor variabilidad individual; para mejorar la capacidad discriminativa, eliminamos los 10 primeros ítems para quedarnos únicamente con los 30 ítems con mayor varianza, los que aportan mayor variabilidad o poder discriminativo por ítem, todos de 0.904 en adelante (Tabla No 2, columna A y B); posteriormente reenumeramos los ítems respetando el lugar que ocupaban originalmente y sustituyendo su número original por el que les corresponde en el nuevo orden (Tabla 2, columna C).

Tabla No. 2: Variabilidad ítem-ítem						
Variabilidad del instrumento original		Ítems con menor variabilidad		Nuevo instrumento con ítems reenumerados		
ITEM	VARIANZA	ITEM	VARIANZA	ITEM ORIGINAL	ITEM REENUMERADO	VARIANZA
Item1	0.432	Item31	0.281	Item3	item1	1.622
Item2	0.432	Item1	0.432	Item4	item2	2.232
Item3	1.622	Item2	0.432	Item5	item3	1.092
Item4	2.232	Item37	0.526	Item6	item4	1.24
Item5	1.092	Item29	0.617	Item8	item5	0.938
Item6	1.24	Item38	0.751	Item9	item6	1.303
Item7	0.899	Item30	0.81	Item10	item7	1.21
Item8	0.938	Item28	0.835	Item11	item8	1.479
Item9	1.303	Item15	0.845	Item12	item9	1.417
Item10	1.21	Item7	0.899	Item13	item10	1.182
Item11	1.479	Item24	0.904	Item14	item11	1.375
Item12	1.417	Item8	0.938	Item16	item12	1.829
Item13	1.182	Item5	1.092	Item17	item13	1.375
Item14	1.375	Item19	1.139	Item18	item14	1.188
Item15	0.845	Item23	1.163	Item19	item15	1.139
Item16	1.829	Item13	1.182	Item20	item16	1.534
Item17	1.375	Item18	1.188	Item21	item17	1.928
Item18	1.188	Item10	1.21	Item22	item18	1.269
Item19	1.139	Item33	1.222	Item23	item19	1.163
Item20	1.534	Item6	1.24	Item24	item20	0.904
Item21	1.928	Item39	1.255	Item25	item21	1.61
Item22	1.269	Item22	1.269	Item26	item22	1.887
Item23	1.163	Item40	1.294	Item27	item23	1.323
Item24	0.904	Item9	1.303	Item32	item24	1.534
Item25	1.61	Item36	1.306	Item33	item25	1.222
Item26	1.887	Item27	1.323	Item34	item26	1.97
Item27	1.323	Item14	1.375	Item35	item27	1.832

Item28	0.835	Item17	1.375	Item36	item28	1.306			
Item29	0.617	Item12	1.417	Item39	item29	1.255			
Item30	0.81	Item11	1.479	Item40	item30	1.294			
Item31	0.281	Item20	1.534						
Item32	1.534	Item32	1.534						
Item33	1.222	Item25	1.61						
Item34	1.97	Item3	1.622						
Item35	1.832	Item16	1.829						
Item36	1.306	Item35	1.832						
Item37	0.526	Item26	1.887						
Item38	0.751	Item21	1.928						
Item39	1.255	Item34	1.97						
Item40	1.294	Item4	2.232						
Fuente: base de datos No. 1									

Con los Ítems eliminados, y reordenados, modificamos el instrumento de medición, quedando ahora con 30 Ítems, y realizamos la segunda prueba piloto, de la que creamos la segunda base de datos y realizamos el análisis de la varianza de cada uno de los Ítems en relación con la suma total y con la media; se ordenaron de forma ascendente, y encontramos que los Ítems 5, 8, 11, 20 y 28 tienen la menor varianza y medias bajas, estos son los que están aportando menor variabilidad al total del instrumento (Supo, 2014), (Tabla No. 3).

Tabla No. 3: variabilidad ítem total-medias		
Item	Media	Varianza
Item20	1.31	0.516
Item5	2	0.765
Item8	1.86	0.832
Item28	2.23	0.887
Item11	1.8	0.988
Item1	2.03	1.087
Item13	2.23	1.123
Item7	1.97	1.146
Item12	2.09	1.198
Item4	1.97	1.205
Item22	2.66	1.232
Item14	2.49	1.257
Item6	2.23	1.417
Item16	2.09	1.434
Item15	2.06	1.467
Item25	2.26	1.491
Item30	2.26	1.491
Item26	2.03	1.499
Item23	2.71	1.504
Item9	2.31	1.516
Item3	2.23	1.534
Item29	2.46	1.55
Item18	2.63	1.711
Item21	2.57	1.782
Item17	3.03	1.793
Item10	2.49	1.845
Item24	2.51	1.845
Item2	3.17	1.911
Item27	3.03	2.087
Item19	2.29	2.092
SUMA	68.97	156.852
Fuente: base de datos No. 2		

Procedimos a reescribir los ítems 5, 8, 11, 20 y 28, de nuevo con el objetivo de incrementar el poder discriminante del instrumento, quedando de la siguiente manera:

5bis. - La duración y satisfacción de mis relaciones con otras personas dependen de varios factores.

8bis. - Las personas tiene varios objetivos cuando se acercan a mí.

11bis. - Las leyes son necesarias, pero en algunos casos pueden no ser aplicables.

20bis. - Tengo o he tenido fantasías o sueños en los que me relaciono muy íntimamente con otras personas.

28bis. - Mis ideas en algunas ocasiones son contrarias a mis actos.

Con el instrumento nuevamente modificado realizamos la tercera prueba piloto y creamos la tercera base de datos, analizamos las varianzas con relación al total y las medias, obtuvimos la Tabla No. 4, en la cual observamos una mayor variabilidad y medias más altas, o sea que cada ítem tiene una mejor aportación a la variabilidad total (Supo, 2014).

Tabla No. 4: ítem total y medias		
ítem	media	varianza
Item14	2.23	.593
Item13	2.26	.726
Item16	1.66	.761
Item6	2.23	.770
Item7	2.11	.810
Item15	1.97	.852
Item9	2.23	.887
Item18	2.03	.911
Item3	2.54	.961
Item22	2.89	1.045
Item8	2.89	1.163
Item25	2.17	1.264
Item17	3.20	1.282
Item5	2.37	1.358
Item12	2.37	1.358
Item28	3.51	1.375
Item20	2.66	1.467
Item11	3.03	1.499
Item4	2.34	1.526
Item30	2.46	1.550
Item23	3.11	1.575
Item2	2.86	1.597
Item1	2.37	1.652
Item10	2.86	1.655
Item19	2.46	1.726
Item27	3.20	1.753
Item24	2.40	1.776
Item29	2.91	1.787

Item21	2.89	2.045
Item26	2.60	2.482
suma	76.80	67.282
Fuente: base de datos No. 3		

Las varianzas obtenidas están entre un rango de 0.593 a 2.482, que se consideran elevados (Becerra, 2020).

Correlación: en el siguiente paso analizamos la direccionalidad de los ítems con relación al total, como requisito previo al análisis factorial; para esto usamos la tercera base de datos y usamos la correlación de Pearson ítem-total, buscando correlaciones negativas que nos indican ítems desfavorables que no habíamos detectado en procesos previos del análisis, y que estábamos calificando en sentido contrario, Tabla No. 5.

Tabla No. 5: correlación ítem-total		
ITEM	Correlación de Pearson	Covarianza
item5	-.294	-2.806
item27	-.107	-1.165
item28	-.078	-.747
item11	-.052	-.524
item2	-.040	-.412
item23	.042	.435
item19	.132	1.418
item10	.142	1.500
item18	.170	1.329
item4	.222	2.247
item24	.225	2.465
item3	.233	1.876
item6	.248	1.782
item17	.267	2.482
item13	.281	1.965
item1	.311	3.282
item8	.323	2.859
item7	.334	2.465
item16	.356	2.547

item20	.381	3.782
item26	.383	4.947
item12	.393	3.753
item30	.398	4.065
item29	.414	4.541
item14	.422	2.665
item21	.432	5.065
item25	.434	4.006
item22	.436	3.653
item9	.486	3.753
item15	.535	4.053
SUMA	1	67.282
Fuente: base de datos No. 3		

Obtuvimos correlaciones negativas en los ítems 5, 27, 28, 11 y 2, a los cuales cambiamos de direccionalidad y obtenemos una nueva base de datos 4; con esta realizamos de nuevo la correlación de Pearson ítem-total y obtuvimos la Tabla No. 6.

Tabla No.6: correlación ítem-total		
ITEM	Correlación de Pearson	Covarianza
item23	-.012	-.160
item19	.070	.979
item4	.120	1.580
item3	.198	2.080
item2i	.208	2.815
item17	.209	2.529
item10	.216	2.979
item27i	.241	3.412
item13	.259	2.361
item28i	.264	3.307
item8	.289	3.336
item14	.293	2.416
item16	.300	2.803
item24	.303	4.324
item29	.318	4.546
item11i	.318	4.172

item1	.327	4.496
item5i	.340	4.239
item30	.361	4.803
item18	.366	3.739
item25	.401	4.819
item6	.408	3.828
item12	.422	5.261
item7	.438	4.223
item20	.439	5.685
item26	.448	7.559
item9	.453	4.563
item21	.470	7.189
item22	.507	5.542
item15	.512	5.055
SUMA	1	114.479
Fuente: base de datos No. 4		

Aún detectamos una correlación negativa del ítem 23, por lo que procedimos a invertirlo y creamos la 5ª base de datos, la que analizamos y obtuvimos la tabla No. 7, en la cual ya no encontramos correlaciones negativas.

Tabla No. 7: correlación ítem-total		
ITEM	Correlación de Pearson	Covarianza
item4	.049	.661
item19	.051	.734
item10	.195	2.769
item3	.199	2.149
item2i	.226	3.143
item17	.230	2.871
item23i	.239	3.309
item28i	.242	3.127
item27i	.247	3.600
item14	.270	2.293
item8	.278	3.309
item11i	.283	3.813
item13	.283	2.657

item16	.283	2.722
item1	.286	4.054
item24	.305	4.476
item29	.351	5.173
item30	.362	4.969
item5i	.378	4.858
item18	.395	4.158
item25	.402	4.977
item21	.413	6.515
item9	.439	4.558
item7	.458	4.544
item6	.462	4.470
item22	.463	5.221
item26	.467	8.112
item20	.490	6.545
item12	.494	6.348
item15	.519	5.283
SUMA	1	121.417
Fuente: Base de datos No. 5		

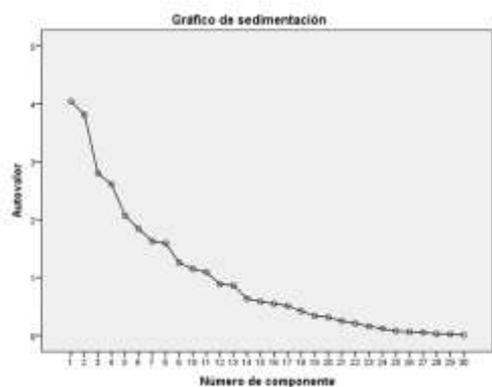
En el siguiente procedimiento determinamos el grado de correlación entre ítems, usando la base de datos no. 5, para lo que usamos nuevamente la correlación de Pearson y obtuvimos un Determinante de $7.830E-12$, lo que nos indica una alta correlación entre ítems (Supo, 2014), requisito para realizar procedimientos paramétricos.

Posteriormente procedimos a realizar las medidas de adecuación muestral de Kaiser Meyer Olkin, que resultó de 0.248, lo que nos indica que existe correlación entre las variables, valores entre 0 y 1, (López, 2019), y la prueba de hipótesis de esfericidad de Bartlett que resultó con un p-valor de 0.000, significativo, que nos indica que las variables están correlacionadas entre sí (López, 2019); estos resultados demuestran que los datos son adecuados para realizar procedimientos paramétricos, específicamente el análisis factorial.

Realizamos el análisis factorial confirmatorio obteniendo la varianza total explicada, tabla No. 8; observamos que los primeros 3 componentes explican más del 35.543% de la varianza total,

correspondiendo el 13.89% al factor 1, el 12.714% al factor 2 y el 9.34% al factor 3, al igual que lo observamos en el gráfico de sedimentación.

Tabla No. 8: análisis factorial confirmatorio									
Componente	Autovalores iniciales			Sumas de extracción de cargas al cuadrado			Sumas de rotación de cargas al cuadrado		
	Total	% de varianza	% acumulado	Total	% de varianza	% acumulado	Total	% de varianza	% acumulado
1	4.047	13.489	13.489	4.047	13.489	13.489	3.828	12.760	12.760
2	3.814	12.714	26.203	3.814	12.714	26.203	3.424	11.414	24.174
3	2.802	9.340	35.543	2.802	9.340	35.543	3.411	11.369	35.543
4	2.611	8.705	44.247						
5	2.071	6.904	51.152						
6	1.843	6.142	57.294						
7	1.628	5.427	62.720						
8	1.592	5.308	68.028						
9	1.256	4.187	72.216						
10	1.150	3.832	76.048						
11	1.096	3.653	79.700						
12	.886	2.954	82.655						
13	.864	2.880	85.535						
14	.635	2.117	87.652						
15	.586	1.955	89.607						
16	.551	1.836	91.443						
17	.510	1.701	93.144						
18	.420	1.401	94.545						
19	.341	1.135	95.680						
20	.314	1.047	96.727						
21	.249	.829	97.557						
22	.208	.694	98.250						
23	.158	.525	98.776						
24	.117	.392	99.167						
25	.075	.250	99.417						
26	.064	.213	99.629						
27	.051	.171	99.801						
28	.030	.099	99.900						
29	.022	.074	99.974						
30	.008	.026	100.000						
Método de extracción: análisis de componentes principales No. 5							Fuente: base de datos		



Se realizó la rotación de componentes con el método Varimax con normalización Kaiser, porque únicamente queremos tres componentes, Tabla No. 9.

Tabla No. 9: matriz de componente rotado			
	Componente		
	1	2	3
item30	.714	-.192	.076
item13	.572	-.067	.233
item6	.558	.542	-.217
item17	.548	-.411	.188
item10	-.528	.506	.263
item29	.479	-.082	.022
item24	.471	.149	-.298
item27i	.465	-.047	-.265
item11i	.411	.101	-.050
item21	.392	.163	.062
item3	-.386	.183	.306
item12	.306	.047	.164
item23i	.265	.022	.230
item22	.091	.733	-.088
item28i	-.112	.619	-.240
item25	-.113	.559	.180
item7	.375	.532	.221
item18	.112	.508	.135
item2i	-.229	.503	.147
item1	-.118	.441	.121
item9	.090	.299	-.003
item8	-.009	.111	.634

item4	-.008	.189	-.624
item16	-.204	.177	.620
item5i	.243	.072	.616
item15	.422	.109	.563
item14	-.207	.098	.471
item20	.345	.376	.451
item26	.309	.036	.428
item19	.009	.002	-.423
Fuente: base de datos No. 5			

Finalmente se realizó la distribución de cada ítem perteneciente a cada componente, Tabla No.

10.

Tabla No. 10: ítems por componente		
1	2	3
item30	item22	item8
item13	item28i	item4
item6	item25	item16
item17	item7	item5i
item10	item18	item14
item29	item2i	item20
item24	item1	item26
item27i	item21	item19
item11i	item12	item3
item15	item9	item23i
Fuente: tabla No. 9		

Fiabilidad: finalmente, obtuvimos la fiabilidad del instrumento con la fórmula del coeficiente alfa de Cronbach que usa la varianza de los ítems: $\alpha = (k/(k-1)) (1-(\sum v_i/V_t))$, donde k es el número de ítems, suma v_i es la suma de las varianzas individuales de los ítems, y V_t es la varianza del total; entonces sustituimos $k=30$, suma v_i 40.208 y V_t 121.417, de la Tabla No. 7, y obtuvimos el alfa de Cronbach = 0.7.

Discusión

Al realizar el análisis de los datos obtuvimos buenas varianzas, lo que nos indica buena capacidad discriminativa del instrumento, mide lo que pretende medir; las correlaciones de los ítems con el total fue buena, esto nos asegura que cada ítem individual aporta suficiente

capacidad discriminativa del instrumento total; también la correlación entre los ítems fue buena, esto nos habla de buena consistencia interna; los datos demostraron mediante prueba de hipótesis ser adecuados para realizar procedimientos paramétricos como el análisis factorial, y este nos arrojó tres factores o dominios correspondientes al funcionamiento mental psicótico, borderline y neurótico; el índice alfa de Cronbach resultó en el límite inferior del rango aceptado, de 0.7 a 0.9, sin embargo este valor obtenido aún considera que el instrumento es fiable y que proporciona mediciones consistentes (Oviedo, 2005); esta limitación podría subsanarse en estudios posteriores incrementado la variabilidad del instrumento; por otra parte, proponemos un punto de corte de 90 (= o mayor) para categorizar el resultado como riesgo suicida alto; no podemos definir en este momento valores de especificidad ni sensibilidad, pero esto podrá ser subsanado más adelante al usar la escala y realizar estudios de validez externa, como la validación concurrente, usando criterios clínicos y optimizando el instrumento; finalmente, la escala nos proporciona mediciones de características internas y fijas de los individuos, independientemente de la presencia de enfermedad y de otros factores externos cambiantes, en relación con otras escalas más enfocadas en factores extrínsecos; es útil para su aplicación comunitaria y la detección de grupos de riesgo.

Conclusiones

El instrumento documental escala del funcionamiento mental para medir el riesgo suicida es un instrumento fiable, que realiza mediciones consistentes, útil para discriminar adecuadamente poblaciones de individuos con riesgo suicida alto, susceptibles de intervenciones preventivas dirigidas.

Bibliografía

- Bahamón Muñetón, M. J., & Alarcón-Vásquez, Y. (2018). Diseño y validación de una escala para evaluar el Riesgo Suicida (ERS) en adolescentes colombianos. *Universitas Psychologica*, 17(4), 1-15. <https://doi.org/10.11144/Javeriana.upsy17-4.dvee>
- Becerra-Canales, B., & Becerra-Huamán, D. (2020). Diseño y validación de la escala de inteligencia espiritual en una muestra de trabajadores de salud. Ica, Perú. *Revista Médica Panacea*, 9(1), Art. 1. <https://doi.org/10.35563/rmp.v9i1.292>

- Elejabarrieta, F., & Iñiguez, L. (2008). Construcción de escalas de actitud, tipo thurston y likert. *La Sociología en sus Escenarios*, 17, Art. 17.
<https://revistas.udea.edu.co/index.php/ceo/article/view/6820>
- Fenichel Otto. (2009a). Desarrollo de los instintos, sexualidad infantil. En *Teoría Psicoanalítica de las Neurosis* (pp. 73-124). Paidós Mexicana S.A.
- Fenichel Otto. (2009b). El desarrollo mental. En *Teoría Psicoanalítica de las Neurosis* (pp. 49-72). Editorial Paidós Mexicana S.A.; Personal.
- kernberg, Otto. (1984). Diagnóstico estructural. En *Trastornos graves de la personalidad, estrategias psicoterapéuticas* (pp. 1-22). El manual moderno S.A. de C.V.
- López-Aguado, M., & Gutiérrez-Provecho, L. (2019). Cómo realizar e interpretar un análisis factorial exploratorio utilizando SPSS. *REIRE Revista d'Innovació i Recerca en Educació*, 12(2), Art. 2. <https://doi.org/10.1344/reire2019.12.227057>
- Mahler, Margaret. (1990). *Estudios 2, separación-individuación*. Editorial Paidós.
- Medlineplus enciclopedia médica. (2020, julio 26). *Suicidio y comportamiento suicida: MedlinePlus enciclopedia médica*.
<https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/001554.htm>
- Nasio, J.D. (2013). *El Edipo, el Concepto crucial del Psicoanálisis* (1a ed.). Paidós Psicología Profunda.
- Organización Mundial de la Salud. (2019, mayo 24). *Definición de Salud Mental*.
https://www.who.int,mental_health
- Organización Mundial de la Salud. (2020, julio 26). *OMS / Prevención del suicidio: Un imperativo global*. WHO; World Health Organization.
http://www.who.int/mental_health/suicide-prevention/es/
- Oviedo, Heidi, C. A., Adalberto. (2005). Aproximación al uso del coeficiente alfa de Cronbach. *Revista colombiana de psiquiatria*, XXXIV(4), 572-580.
- Palacio, A. F. (2010). La comprensión clásica del suicidio. De Émile Durkheim a nuestros días. *Affectio Societatis*, 7(12), 6.

- Quevedo, F. (2011). Medidas de tendencia central y dispersión. *Medwave*, 11(03).
<https://doi.org/10.5867/medwave.2011.03.4934>
- Rangel, GC; Suárez, BM; Escobar, CF. (2015). *Escalas de evaluación de riesgo suicida en atención primaria*. 63(4), 707-716. <http://dx.doi.org/10.5446/revfacmed.v63.n4.50849>
- Rangel-Garzón, C. X., Suárez-Beltrán, M. F., & Escobar-Córdoba, F. (2015). Escalas de evaluación de riesgo suicida en atención primaria. *Revista de la Facultad de Medicina*, 63(4), Art. 4. <https://doi.org/10.15446/revfacmed.v63.n4.50849>
- Reza González, Javier. (2019). *Enfermedad mental en hijos de parejas homoparentales* [Monografía]. Universidad Monter.
- Suárez-Colorado, Y., Palacio-Sañudo, J., Caballero-Domínguez, C. C., Pineda-Roa, C. A. (2019). Adaptación, validez de constructo y confiabilidad de la escala de riesgo suicida Plutchik en adolescentes colombianos. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 51(3), 145-152. <https://doi.org/10.14349/rlp.2019.v51.n3.1>
- Supo Córdori, José. (2014). *Como validar un instrumento* (Primera edición). Bioestadístico EIRL.
- Winnicott, Donald W. (1990). *Los bebés y sus madres*. Paidós.

Anexo No. 1

Escala del funcionamiento mental para medir el riesgo suicida

Para contestar la escala se leerá cada una de las siguientes afirmaciones y se marcará en el cuadro correspondiente su grado de acuerdo o desacuerdo, usando la siguiente guía:

Completamente de acuerdo	De acuerdo	Indiferente	En desacuerdo	Completamente en desacuerdo
A	B	C	D	E

No.	AFIRMACIÓN O ENUNCIADO	A	B	C	D	E
1	No me gusta hacer ejercicio					
2	Puedo alejarme temporalmente de las personas que me importan					
3	Puedo reconciliarme con alguna persona con la que he tenido algún problema o malentendido					
4	Puedo ser paciente en la espera de algo					
5	La duración y satisfacción de mis relaciones con otras personas depende de varios factores					
6	Mi estado emocional es estable y satisfactorio					
7	Me siento incomprendido y mal visto					
8	Las personas tienen varios objetivos cuando se acercan a mí					
9	Soy capaz de controlar el enojo					
10	Soy rencoroso y no olvido las traiciones					
11	Las leyes son necesarias, pero en algunos casos pueden no ser aplicables					
12	No se debe obtener lo que deseamos a cualquier precio					
13	Ignoro, evado y me río de los problemas					
14	Sé que la gente me envidia y habla mal de mí					
15	Puedo ver y escuchar cómo me vigilan					
16	Sé que alguien más, o algo más vive en mí, o en una parte de mí					
17	No soy una persona que enfrenta los problemas orando a un ser superior					
18	Hay cosas muy comunes que me gustaría hacer, pero me causan malestar emocional					
19	Mi estado emocional no depende de la opinión que tiene sobre mí otras personas					
20	Tengo o he tenido fantasías o sueños en los que me relaciono muy íntimamente con otras personas					
21	No me gustan los juegos de azar, ni tomar alcohol o consumir alguna droga					
22	No soy celoso con las personas importantes de mi vida					
23	Mis amigos, mi pareja o mis conocidos son muy diferentes a mí					

24	No he tenido varias parejas durante mi vida					
25	Me emociono mucho al mirar películas muy sangrientas y violentas					
26	No soy creyente ni aficionado de la magia negra, la santería o la hechicería					
27	No tengo muchos amigos verdaderos					
28	Mis ideas en algunas ocasiones son contrarias a mis actos					
29	Nunca trato de persuadir o convencer a las demás personas para que hagan lo que yo quiero					
30	Nunca reacciono violentamente ante algo que no me agrada					

Anexo No. 2

Guía para calificar e interpretar la escala; una vez completada esta, verificar que no queden casillas sin llenar, y se procederá a intercambiar la marca en cada casilla llena con el número que le corresponde, de acuerdo con la siguiente guía; posteriormente se suma el total; cuando esta suma es igual o mayor a 90, entonces se caracteriza el resultado como riesgo suicida alto; cuando es menor de 90 se caracteriza como riesgo suicida bajo.

No.	A	B	C	D	E
1	5	4	3	2	1
2	5	4	3	2	1
3	5	4	3	2	1
4	1	2	3	4	5
5	5	4	3	2	1
6	1	2	3	4	5
7	5	4	3	2	1
8	5	4	3	2	1
9	1	2	3	4	5
10	5	4	3	2	1
11	1	2	3	4	5
12	1	2	3	4	5
13	5	4	3	2	1
14	5	4	3	2	1
15	5	4	3	2	1
16	5	4	3	2	1
17	1	2	3	4	5
18	5	4	3	2	1
19	1	2	3	4	5
20	5	4	3	2	1
21	1	2	3	4	5
22	1	2	3	4	5
23	5	4	3	2	1
24	1	2	3	4	5

25	5	4	3	2	1
26	1	2	3	4	5
27	1	2	3	4	5
28	5	4	3	2	1
29	1	2	3	4	5
30	5	4	3	2	1
TOTAL					
SUMA TOTAL					
RIESGO SUICIDA					