

# Características psicométricas de la Escala de Ideación Suicida de Beck (ISB) en estudiantes universitarios de la ciudad de México

Socorro González Macip\*  
Alejandro Díaz Martínez\*  
Silvia Ortiz León\*  
Catalina González Forteza\*\*  
José de Jesús González Núñez\*\*\*

## Summary

This article shows the psychometric characteristics of the diagnostic concordance and the internal consistency, according to Beck's Suicide Ideation Scale (BSI), and the identification of the frequency of the suicide ideation in young adults. It also describes the clinical characteristics of those who present this suicide ideation, according to the BSI criteria from a sample of 122 college students who demanded attention from the Psychiatric Service of the Department of Medical Psychology, Psychiatry and Mental Health of the Medical School at the Universidad Nacional Autónoma de México.

This was a transversal *ex-post-facto* study using a non-probabilistic sample procedure. The sample was integrated with 122 students 17 to 25 years old. The results showed suicide ideation in 18.9% of the 122 participants, that is in 23 students, 22 of which were also correctly identified by the BSI scale. As for the factorial structure, the scale had four dimensions just as the original BSI scale has: Sub-scale I: Characteristics of their attitudes toward life and death (5 items), formed by one factor, with an internal consistency of  $\alpha = .90$ . Sub-scale II: Characteristics of their thoughts and of their desire to commit suicide (5 items), with two factors and an  $\alpha = .65$  coefficient in the first one and  $\alpha = .45$  in the second; both were integrated in a single dimension. Sub-scale III: Characteristics of the attempt (4 items) with one factor and an internal consistency of  $\alpha = .61$ . Sub-scale IV: Update of the suicide attempt (2 items), considered as an indicator, and obtaining a coefficient of  $\alpha = .45$ . Beck's Suicide Ideation Scale (BSI) does not pretend to predict a suicidal attempt in this sample, but it evaluates the intensity of the suicidal desires among those who applied, indicating the presence of suicide risk in a short term. Therefore, its early detection is important in order to prevent it and provide an adequate treatment.

**Key words:** Beck, psychometric characteristics, students, suicidal ideation, detection, prevention.

\* Departamento de Psicología Médica, Psiquiatría y Salud Mental de la Facultad de Medicina UNAM. Facultad de Medicina, Edificio "F" Circuito Interior y Cerro del Agua, 04510 México, D.F.

\*\* Instituto Mexicano de Psiquiatría. Calz. México-Xochimilco No. 101, San Lorenzo Huipilco, 14370, México, D.F.

\*\*\* Facultad de Psicología UNAM, Av. Universidad No. 3004, Copilco, 04510, México D.F.

Recibido primera versión: 19 de marzo de 1999

Recibido segunda versión: 28 de septiembre de 1999

Aceptado: 19 de enero de 2000

## Resumen

El artículo pretende dar a conocer las características psicométricas: la concordancia diagnóstica y la consistencia interna de la Escala de Ideación Suicida de Beck (ISB), e identificar la frecuencia de la ideación suicida en los adolescentes y describir las características clínicas de los que la presentaron, de acuerdo con el criterio de la escala, en una muestra de 122 estudiantes universitarios que acudieron al Servicio de Psiquiatría del Departamento de Psicología Médica, Psiquiatría y Salud Mental de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México.

El estudio fue de tipo transversal, *ex-post-facto*, utilizando un procedimiento de muestreo no probabilístico. La muestra quedó integrada por 122 estudiantes de 17 a 25 años. El clínico detectó que 18.9% de los 122 participantes, tenían ideación suicida, esto es, 23 de ellos; de éstos, 22 fueron correctamente identificados por la Escala ISB. En cuanto a la estructura factorial, la escala quedó conformada por cuatro dimensiones —tal como la escala original de Beck— de la siguiente manera: Sub-escala I: Las características de sus actitudes hacia la vida y la muerte (5 reactivos), conformada por un factor y con una consistencia interna de  $\alpha = .90$ . La sub-escala II: Las características de los pensamientos y de los deseos de suicidarse (5 reactivos) arrojó 2 factores, obteniendo coeficientes de  $\alpha = 0.65$  en el primero y de  $\alpha = .45$  en el segundo, pero se consideró pertinente integrarlos en una sola dimensión. La sub-escala III: Las características del intento suicida (4 reactivos), que se integraron en un factor, alcanzaron una consistencia interna de  $\alpha = .61$ , y la sub-escala IV: La actualización del intento suicida (2 reactivos), que se considera como un indicador y obtuvo un coeficiente  $\alpha = .45$ . La Escala de Ideación Suicida de Beck no pretende poder predecir el intento suicida, pero sí valorar la intensidad del deseo de suicidarse para saber si el sujeto corre el riesgo de suicidarse pronto. Por lo tanto, es importante saber si tiene o no la idea de hacerlo y detectarlo oportunamente para evitarlo y proporcionarle un tratamiento adecuado.

**Palabras clave:** Beck, características psicométricas, estudiantes, ideación suicida, prevención.

## Introducción

A menudo se carece de datos reales sobre los casos de suicidio o éstos son incompletos a causa del estigma

que llevan consigo, y que a veces incluye sanciones penales o religiosas, por lo que se prefiere atribuir la muerte a una causa accidental más que a una intencionada. En la mayoría de los países, el suicidio ocupa el siguiente lugar después de los accidentes, como la causa principal de defunción entre los jóvenes (O.M.S., 1995).

La conducta suicida en sus distintas formas representa un problema de salud pública internacional. En la mayoría de los países, el suicidio se encuentra dentro de las diez principales causas de mortalidad general, y en muchos de ellos se ubica entre las tres primeras causas de muerte en el grupo de 15 a 34 años de edad de sexo masculino. Sin embargo, los datos sólo se aproximan a la realidad, pues sólo se registra y se atiende uno de cada cuatro intentos de suicidio. Además, debe tenerse en cuenta que por cada suicidio consumado hay diez tentativas fallidas (Diekstra, 1993).

De acuerdo con Beck, Rush y Shaw (1979), la etiología implicada en el intento suicida es un continuo en el que hay que otorgarle especial atención a los deseos y a los planes para cometerlo (ideas suicidas), a los sentimientos de inutilidad, a las pérdidas recientes, al aislamiento social, a la desesperanza y a la incapacidad para pedir ayuda. De ahí que una buena evaluación de la conducta suicida permita predecir el riesgo.

Por medio de una entrevista clínica semi-estructurada, que evalúa los pensamientos suicidas, se pretende detectar la ideación suicida en los jóvenes universitarios que acuden al Servicio del Departamento de Psicología Médica, Psiquiatría y Salud Mental de la Facultad de Medicina, e intervenir eficiente y oportunamente para evitar la conducta suicida en el futuro.

### **Epidemiología de la conducta suicida a nivel nacional**

Aunque tradicionalmente se le ha considerado como una expresión de los conflictos mentales subyacentes y prolongados como la depresión, a veces el suicidio no se relaciona con patologías mentales declaradas, y su latencia, en estos casos, es más bien corta. La tendencia a suicidarse es más importante entre los jóvenes de 15 a 30 años y disminuye ligeramente con la edad. Después de los 14 años, la tasa aumenta extraordinariamente hasta alcanzar su máximo en el grupo de 20 a 24 años y después hasta los 49, para aumentar discretamente entre los 50 y los 59 años. (Borges, Rosovsky, Caballero, Gómez, 1994).

En el último año (1996) que se tiene registrado en el INEGI, la información de la morbilidad hospitalaria, como los suicidios y las lesiones autoinfligidas en el Distrito Federal entre los 15 y los 24 años fue de 988; 771 eran varones y 217 mujeres, lo que los coloca como la tercera y cuarta causa de muerte, respectivamente.

### **Estudios psicosociales sobre la ideación suicida en México**

En un estudio con 109 adolescentes de 12 a 16 años, se relacionó la probabilidad del riesgo suicida con la

pérdida del padre por muerte o abandono, y se identificó por medio de la medición de los factores de ideación suicida, desesperanza, actitud negativa del *self* y hostilidad. Al correlacionarlas con la variable "riesgo suicida", se encontró que las cuatro eran significativas, sin embargo, la de ideación suicida ocupó el primer lugar.

A medida que aumenta en la escala el riesgo suicida, aumenta también la ideación suicida. Esto explica por qué estas personas pocas veces llegan al suicidio consumado en forma abrupta; casi siempre hacen fantasías y piensan en él como una forma de solucionar sus conflictos. Cuando la idea de suicidarse ocupa por completo el pensamiento del sujeto, éste imagina que lo lleva a cabo (ideación y fantasías suicidas). Cuando el sujeto piensa y ensaya un método, se crea un proceso autónomo que va cobrando fuerza hasta que comete el acto suicida (Lazard, 1988).

En un estudio a nivel nacional sobre los trastornos mentales entre la población urbana de más de 18 años, se encontró por medio de la Escala CES-D que 34% había tenido uno o más síntomas de depresión durante el mes anterior al estudio, y entre 10% y 14% de la población había tenido ideación suicida; esto significa que había pensado que no vale la pena vivir, había deseado dejar de existir o había pensado que más vale morir. Se observó que la ideación suicida había sido más frecuente entre los jóvenes de 18 a 25 años de uno y otro sexo (Medina-Mora, Rascón, Tapia, Mariño, Juárez, Villatoro, Caraveo, Gómez, 1992).

En otro estudio con 3,459 estudiantes de bachillerato del Distrito Federal, se encontró que 47% había tenido por lo menos un síntoma de ideación suicida la semana anterior a la encuesta; 17% indicó haber pensado en quitarse la vida y 10% respondió afirmativamente a los cuatro reactivos de ideación suicida. En las mujeres se encontró en una proporción ligeramente mayor que en los hombres, con pocas variaciones en los grupos de edad de 13 y 19 años (Medina-Mora, López, Villatoro, Juárez, Carreño, Berenzon, Rojas, 1994).

En un estudio con 423 estudiantes de secundaria, se obtuvieron altas correlaciones entre las escalas de estrés cotidiano social, malestar depresivo e ideación suicida, con algunas diferencias importantes entre uno y otro sexo: en los adolescentes varones la mayoría de las correlaciones significativas fue con las manifestaciones de ánimo deprimido, mientras que en las adolescentes, se registraron correlaciones significativas entre el afecto negativo, las molestias psicósomáticas, los problemas en sus relaciones interpersonales y la ideación suicida (González-Forteza y Andrade Palos, 1994).

### **La ideación suicida**

En esta investigación se tomó como base el campo de las estructuras mentales. Beck, Steer y Ranieri (1988) afirman que los suicidas tienen un estilo cognoscitivo peculiar, diferente del de los individuos normales y de los que tienen perturbaciones emocionales que no los orillan al suicidio. Como dijo Beck: "La ideación suicida

se compone de una serie de actitudes, planes y conductas posiblemente relacionados con los pacientes con ideación suicida que han sido diagnosticados con otros trastornos; sin embargo, la ideación suicida no es una construcción unitaria y sus dimensiones representan distintos patrones de pensamiento y de conducta, pero que están interrelacionados” (Beck, Kovacs, Weissman, 1979).

A pesar de que el instrumento ISB fue originalmente desarrollado para pacientes adultos, se ha demostrado que es útil para evaluar la ideación suicida en los pacientes psiquiátricos adolescentes porque el nivel de significancia de su ideación suicida se comparó con la tasa de los pacientes adultos, descrita por Beck y Steer (1991), y se encontró que el significado de los niveles de ideación suicida entre ambos era comparable. En otro estudio se encontró que la prevalencia de ideación suicida es mayor en los adolescentes jóvenes que en los adolescentes mayores (Steer, Kumar y Beck, 1993).

Utilizando los primeros 11 reactivos de la Escala ISB (Beck y cols., 1979) en un estudio de 131 estudiantes de 14 a 19 años de edad de una escuela de Kansas, se estudió la relación entre: depresión, autoestima, ideación suicida, ansiedad de morir y rendimiento escolar de los estudiantes con padres divorciados y no divorciados. Se encontró que los estudiantes que puntuaron con diferencias significativas en depresión e ideación suicida, tenían un bajo promedio escolar, pero no se encontraron diferencias significativas entre los hombres y las mujeres que puntuaron con ideación suicida (Brubeck, Dan y Beer, 1992).

A 330 pacientes psiquiátricos internados diagnosticados con diferentes trastornos, se les aplicó la escala ISB en su formato de auto-reporte. De los 330 pacientes, 115 (34%) se clasificaron con ideación suicida y 215 (65.2%) sin ideación suicida, de acuerdo con la escala ISB. Se identificaron tres dimensiones designadas como “deseo activo de suicidio”, “preparación” y “deseo pasivo de suicidio” (Beck y Sterr, 1991).

En México también se utilizó la escala ISB en 1,094 pacientes adultos de los tres niveles de atención de un hospital general: consulta externa, urgencias y hospitalización. En este estudio se encontró que la consistencia interna de la escala ISB fue 0.93 y los factores de riesgo relacionados con la ideación fueron: el ser mujer, el estar divorciados o separados, un patrón de consumo de alcohol consuetudinario y presentar desesperanza (Mondragón, Saltijeral, Bimbela y Borges, 1998).

Dadas las experiencias anteriores y por el interés de indagar cómo funciona la escala ISB adecuada para jóvenes estudiantes, los objetivos del presente trabajo son los de evaluar la concordancia diagnóstica y la consistencia interna de la Escala de Ideación Suicida (ISB) de Beck y cols. (1979).

## Método

*Diseño de investigación.* El estudio fue de tipo transversal, *ex-post-facto*. Se utilizó un procedimiento de muestreo no probabilístico.

## Sujetos

La muestra quedó integrada por 122 estudiantes de 17 a 25 años, que solicitaron ayuda al Servicio de Atención del Departamento de Psicología Médica, Psiquiatría y Salud Mental de la Facultad de Medicina de la UNAM, entre enero a junio de 1996. El criterio de exclusión fue estar bajo tratamiento farmacológico.

## Procedimiento

- a) Por medio de la Coordinación del Programa de Salud Mental, del Departamento de Psicología Médica, Psiquiatría y Salud Mental de la Facultad de Medicina de la UNAM se invitó a los psiquiatras adscritos y a los residentes que atienden el servicio de preconsulta de dicho departamento, y se les informó de manera verbal y escrita sobre el desarrollo de la investigación. Se solicitó su apoyo y colaboración para incluir en su evaluación diagnóstica, por medio de la entrevista, su juicio clínico (J.C.) de la ideación suicida en el formato de la preconsulta.
- b) Se invitó a los estudiantes que solicitaron atención en el servicio de este Departamento a participar en la investigación, garantizándoles absoluta confidencialidad y anonimato en el manejo de la información. Después de dar su consentimiento por escrito para participar en el estudio, una psicóloga clínica, entrenada en el manejo de las entrevistas y en la aplicación de la Escala ISB los entrevistó en ciego durante 30 minutos. Como la ISB es una guía de entrevista semi-estructurada, se les dieron 30 minutos para contestarla en el área de Psicología, donde se les aplicó la escala.

## Instrumento

### *Escala de Ideación Suicida de Beck*

La ideación suicida se evaluó por medio de la Escala de Ideación Suicida de Beck (ISB). Esta escala fue diseñada para cuantificar y evaluar la recurrencia consiente de pensamientos suicidas; poner en la balanza varias dimensiones de autodestructividad: pensamientos o deseos. La ideación suicida también puede abarcar la “amenaza de suicidarse”, expresada abiertamente a otros (Beck y cols., 1979). La ISB consta de 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 se registró en un formato de respuesta de 3 opciones, con un rango de 0 a 2. Las mediciones se sumaron para obtener un puntaje global. De este modo, el rango teórico del puntaje es de 0 a 38.

Si la puntuación de los reactivos (4) “Deseo de intentar suicidarse” y (5) “Intento pasivo de suicidarse”, es “0”, se omiten las secciones siguientes y se suspende la entrevista, codificando como: “No aplicable”. En caso contrario, se sigue aplicando (Beck y cols., 1978).

**CUADRO 1**  
**Descripción sociodemográfica de la muestra**

	Total (N = 122)		Hombres (n = 27)		Mujeres (n = 95)	
	x	de	x	de	x	de
<i>Edad</i>	20.9 f	2.1 %	21.2 f	2.5 %	20.6 f	2.0 %
<b>ESCOLARIDAD</b>						
preparatoria	13	10.7	5	18.5	8	8.4
1o.universidad	30	24.6	8	29.6	22	23.2
2o.universidad	24	19.7	3	11.1	21	22.1
3o.universidad	25	20.5	6	22.2	19	20.0
4o.universidad	18	14.8	2	7.4	16	16.8
5o.universidad	12	9.8	3	11.1	9	9.5
<b>CON QUIEN VIVE</b>						
padre o madre	32	26.2	7	25.9	25	26.3
padre y madre	84	68.9	19	70.4	65	68.4
solo (a)	1	.8	1	3.7	1	1.1
no se registro dato	5	4.1			4	4.2
<b>HIJO UNICO(A)</b>						
sí	8	6.6	6	22.2	2	2.1
no	109	89.3	20	74.1	89	93.7
no se registro dato	5	4.1	1	3.7	4	4.2
	x	de	x	de	x	de
<b>ORDEN DE NACIMIENTO</b>	2.2	2.0	2.3	2.5	2.2	1.8
	f	%	f	%	f	%
<b>MEDIO HNO. CASA</b>						
sí	5	4.1	3	11.1	2	2.1
no	112	91.8	23	85.2	89	93.7
no se registro dato	5	4.1	1	3.7	4	4.2

### Análisis estadísticos

Para describir la muestra se analizaron las frecuencias y las medidas del resumen. Para identificar el nivel de concordancia diagnóstica de la escala ISB con el juicio clínico, se calculó el porcentaje de acuerdo, tomando como parámetro de comparación el juicio clínico. Para conocer las características psicométricas de los reactivos de la escala ISB, y de ésta en su totalidad, se llevaron a cabo los procedimientos estadísticos siguientes: coeficientes de correlación y reactivo-total, análisis factoriales e índices de consistencia interna de la escala y de las sub-escalas del instrumento que se va a evaluar: ISB.

### Resultados

*Descripción sociodemográfica de la muestra.* El total de la muestra (N=122) estuvo integrada por 22.1% de hombres y 77.9% de mujeres. El promedio de edad fue de 20.8 + 2.1 años. La mayoría —24.6%— eran estudiantes del primer año de universidad; 20.5% de tercer año; 19.7% de segundo año; 14.8% de cuarto, y 9.8% de quinto, y 10.7% eran estudiantes de preparatoria.

En cuanto a su estructura familiar, es interesante hacer notar que la cuarta parte de la muestra —26.2%— vivía sólo con su padre (o tutor) o sólo con su madre (o tutora), y 68.91% vivía con ambos padres. La mayoría de los estudiantes no eran hijos únicos (89.3%) y, en

**CUADRO 2**  
**Distribución de ideación suicida según el criterio clínico y la Escla de Beck**

CRITERIO CLINICO = J C											
E S C A L A	+	+		69	+		10	+		59	
		22	47		2	8		20	39		
A	-	-		53	-		17	-		36	
		1	52		1	16		0	36		
		23	99			3	24			20	75
S		GLOBAL = 122			HOMBRES = 27			MUJERES 95			
B											

promedio, ocupaban el segundo lugar entre los hermanos con un rango del 1° al 12°. Del total de estudiantes, 4.1% vivía con algún medio hermano.

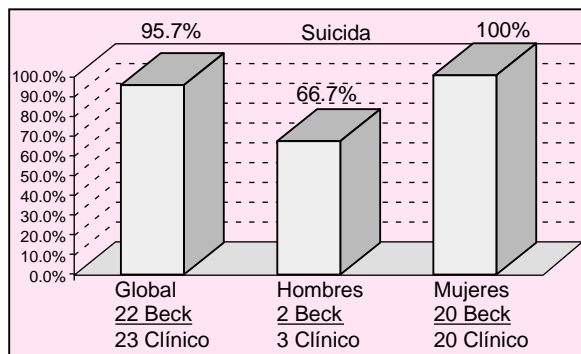
Por el interés que teníamos en analizar la información obtenida, comparando entre hombres y mujeres, en la muestra global, en el cuadro 1 aparecen las características sociodemográficas de uno y otro sexo .

*Distribución diagnóstica según el juicio clínico y la Escala de Ideación Suicida de Beck.* El clínico detectó a 23 (18.9%) de los 122 participantes en el estudio, de los cuales 22 también fueron identificados por la escala de ISB. Estas 22 personas con ideación suicida representaron 18% del total de los participantes.

En los estudiantes varones (n=27), la ideación suicida fue menor: Según el criterio clínico, tres de ellos (11.1%) tuvieron ideación suicida; de éstos, dos fueron detectados también por la Escala de ISB.

En 20 (21.1%) de las 95 mujeres que participaron se encontró ideación suicida ,y todas fueron correctamente identificadas con ideación suicida por la Escala de ISB (cuadro 2).

En la muestra se observa que de los 53 estudiantes a los que no se les detectó ideación suicida de acuerdo



**Gráfica 1.** Concordancia diagnóstica de la escala ISB en quienes el criterio clínico identificó la presencia de ideación suicida.

con los criterios de la Escala de ISB en 52 de ellos (98.1%) tampoco la encontraron los clínicos. De los 17 estudiantes varones que según la Escala de ISB, no tenían ideación suicida, según el clínico 16 (94.1%) no la tenían. De las 36 estudiantes que según la Escala de ISB, no tenían ideación suicida, según el clínico tampoco la tenían (cuadro 2).

**CUADRO 3**  
**Índice de correlación reactivo-total de la Escala ISB**

Descripción de reactivo y opciones de respuesta	Coefficiente de correlación Reactivo total
1.- Deseo de vivir 0.- Moderado a fuerte 1.- Poco (débil) 2.- Ninguno (no tiene)	.5864
2.- Deseo de morir 0.- Ninguno (no tiene) 1.- Poco (débil) 2.- Moderado a fuerte	.5220
3.- Razones para vivir/morir 0.- Vivir supera a morir 1.- Equilibrado (es igual) 2.- Morir supera a vivir	.6316
4.- Deseo de realizar un intento de suicidio activo 0.- Ninguno (inexistente) 1.- Poco (débil) 2.- Moderado a fuerte	.4369
5.- Deseo pasivo de suicidio 0.- Tomaría precauciones para salvar su vida 1.- Dejaría la vida/muerte a la suerte 2.- Evitaría los pasos necesarios para salvar o mantener su vida	.4606
6.- Duración 0.- Breves, periodos pasajeros 1.- Periodos largos 2.- Continuos (crónicos) casi continuos	.6651
7.- Frecuencia 0.- Rara (ocasionalmente) 1.- Intermitente 2.- Persistentes y continuos	.6709
8.- Actitud hacia los pensamientos/deseos de suicidio 0.- Rechazo 1.- Ambivalente; indiferente 2.- Aceptación	.3682
9.- Control sobre la acción/deseo de suicidio 0.- Tiene sentido de control 1.- Inseguridad de control 2.- No tiene sentido de control	.4512
10.- Razones o motivos que detienen la tentativa suicida (familia, religión, irreversibilidad o fallar) 0.- No lo intentaría porque algo lo detiene 1.- Cierta duda hacia los intereses que lo detienen 2.- Ninguno o mínimo interés en las razones que detienen indicar qué factores lo detienen	.2861

CUADRO 3 (Continuación)

11.- Razones para pensar/desear el intento suicida	.0938
0.- Manipular el ambiente, llamar la atención, venganza	
1.- Combinación de 0 y 2	
2.- Escapar, acabar, salir de problemas	
12.- Método: especificidad/oportunidad de pensar en el intento suicida	.5144
0.- Sin considerar	
1.- Considerado, pero sin elaborar los detalles	
2.- Detalles elaborados/bien formulados	
13.- Método, disponibilidad/oportunidad de pensar el intento	.2499
0.- Método no disponible, no oportunidad	
1.- Método tomaría tiempo/esfuerzo; oportunidad no disponible realmente	
2.- Método y oportunidad disponible	
2a.- Oportunidad futura o disponibilidad de anticipar el método	
14.- Sensación de "capacidad" para llevar a cabo el intento	.3333
0.- Falta de valor, debilidad, asustado, incompetente	
1.- No está seguro de tener valor	
2.- Está seguro de tener valor	
15.- Expectativa/anticipación de un intento real	.5875
0.- No	
1.- Sin seguridad, sin claridad	
2.- Sí	
16.- Preparación real	.5770
0.- Ninguna	
1.- Parcial (guardar pastillas, conseguir instrumentos)	
2.- Completa	
17.- Nota suicida	.1582
0.- Ninguna	
1.- Sólo pensada, iniciada, sin terminar	
2.- Escrita, terminada	
18.- Acciones finales para preparar la muerte (testamentos, arreglos, regalos)	.2703
0.- No	
1.- Sólo pensados, arreglos parciales	
2.- Terminados	
19.- Encubrimiento de la idea de realizar el intento suicida	.1502
0.- Revela las ideas abiertamente	
1.- Revela las ideas con reserva	
2.- Encubre, engaña, miente	

En la gráfica 1 se presenta la concordancia diagnóstica de la Escala de ISB con la del criterio clínico sobre la presencia de ideación suicida.

*Consistencia interna de la Escala de Ideación Suicida de Beck.* Los 20 reactivos de la Escala de ISB se sometieron a un análisis de confiabilidad y se obtuvo un coeficiente alpha de Cronbach = .84. Como el último reactivo indaga sobre el número de intentos suicidas llevados a cabo anteriormente, se evaluó también su consistencia con sólo los 19 reactivos restantes, y alcanzó el mismo nivel de confiabilidad: alpha = .84.

De acuerdo con Nunnally (1987), el primer paso para evaluar si son adecuados los instrumentos psicológicos, es comprobar si los reactivos se correlacionan de manera correcta con los puntajes totales, para después investigar la confiabilidad de las series de reactivos. Con base en este criterio estadístico, se analizaron las correlaciones reactivo-total de cada uno de los 19 reactivos de la Escala de ISB.

En el cuadro 3 se observa que fueron tres los reactivos cuyas correlaciones reactivo-total fueron  $<.20$  ( $p < .05$ ), "11. Razones para pensar o desear intentar suicidarse", "17. Nota suicida" y "19. Encubrimiento de la idea de intentar suicidarse". Fue satisfactoria la consistencia interna de la Escala de ISB, con los 16 reactivos que correlacionaron  $>.20$  con el puntaje total alpha = .85.

Las sub-escalas originalmente propuestas por Beck (1979), fueron las siguientes: I. Características de las actitudes hacia la vida y la muerte (5 reactivos), II. Características de los pensamientos y los deseos de suicidarse (6 reactivos), III. Características del intento suicida (4 reactivos) y IV. Actualización del intento suicida (4 reactivos).

Posteriormente, con el fin de verificar la congruencia conceptual de los reactivos en estas sub-escalas, se hicieron análisis factoriales (rotación varimax) de los reactivos agrupados originalmente por Beck y cols., 1979.

*Análisis factorial y consistencia interna de cada una de las sub-escalas de Beck.* Como se observa en el cuadro 4, la subescala I: Características de las actitudes hacia la vida y la muerte (5 reactivos), quedó conformada por 1 factor que explicó 71.2% del total de la varianza, obteniendo una consistencia interna de alpha = .90. La sub-escala II: Características de los pensamientos y de los deseos de suicidarse (5 reactivos), arrojó 2 factores que explicaron 62.6% de la varianza. Al calcular la consistencia interna de cada factor se obtuvieron coeficientes alpha = .65 en el primer factor, y alpha = .45 en el segundo. Como la consistencia interna de los 5 reactivos fue de alpha = .65 se consideró pertinente integrar esta sub-escala con los 5 reactivos en una sola dimensión.

**CUADRO 4**  
**Análisis factorial y consistencia interna de cada una de las Sub-escalas de Beck**

Sub-escala	Factores	Valor Eigen	% Var	$\alpha$ Sub-escala
I. Características de las actitudes hacia la vida/muerte (5 reactivos)	1	3.56	71.2	.90
II. Características de los pensamiento/deseos de suicidio (5 reactivos)	2 1.02	2.11	42.3 ( $\alpha = .65$ ) 20.3 ( $\alpha = .45$ )	.65
III. Características del intento (4 reactivos)	1	1.86	46.4	.61
IV. Actualización del intento (2 reactivos)	1 indicador	1.29	64.5	-

La sub-escala III: Características del intento suicida (4 reactivos), se integró en un factor que explicó 46.4% de la varianza, y alcanzó una consistencia interna de  $\alpha = .61$ . La subescala: IV; Actualización del intento suicida (2 reactivos), se consideró como el indicador (por el reducido número de reactivos que la integraron) que explicó 64.5% de la varianza; obtuvo un coeficiente  $\alpha = .45$ . La estructura factorial descrita concuerda con la obtenida y registrada por Beck y cols. 1979).

*Comparación de los puntajes de ideación suicida (Beck) con y sin antecedentes de intentos suicidas.* Como se puede ver en el cuadro 5, la ideación suicida fue significativamente mayor en la muestra global y, en particular, en las mujeres que tenían antecedentes de haber intentado suicidarse. Al tratar de distinguir si se trataba del único intento durante su vida, se observó que la ideación suicida había sido significativamente mayor cuando habían intentado suicidarse en múltiples ocasiones.

### Discusión

Como la conducta suicida es un fenómeno multifactorial y un problema importante de salud pública, en este trabajo se abordó uno de los indicadores insertados en el proceso suicida y que, con frecuencia, preceden al suicidio consumado: la ideación suicida. Los resultados

obtenidos indican que aunque la Escala de ISB no pretende predecir el intento suicida en esta muestra, la intensidad de los deseos de suicidarse de los que lo intentaron parece señalar el riesgo de suicidarse poco después, por lo que es importante considerarla para detectarlo oportunamente y establecer la manera de evitarlo con un tratamiento adecuado.

La epidemiología de la problemática suicida, en general, incide en la comorbilidad; y la ideación suicida no es una excepción, como lo muestra 68% de los estudiantes que tienen ideación suicida y trastornos afectivos. Los jóvenes se encuentran en un periodo de fragilidad emocional en el que son frecuentes la depresión y la ansiedad. Actualmente en muchos estudios se ha encontrado esta estrecha relación, como lo muestran Roberts y Chen (1995), en los que 81% de los mexicanoamericanos y 84% de los angloamericanos presentaron altos puntajes de depresión correlacionados con la ideación suicida como factor de riesgo.

La Escala de ISB se diseñó como un instrumento de tamizaje; esto es, que pretende identificar de la manera más correcta posible los probables casos de ideación suicida, de los que no lo son.

En los estudios de detección este tipo de instrumento es muy útil porque permite conocer la magnitud de la problemática abordada en diversos tipos de población.

**CUADRO 5**  
**Comparación de puntajes (sumatoria) de la Escala ISB según intento suicida**

		Intento	$x$	$de$	$t$	$gl$	$p$
Muestra global	Sí	20	20.6	4.7	6.21	65	.000
	No	47	12.4	5.0			
Mujeres	Sí	19	20.7	4.8	5.99	55	.000
	No	38	12.4	5.0			
Comparación de puntajes de Beck 19 según único/varios intentos suicidas							
		Intento	$x$	$de$	$t$	$gl$	$p$
Muestra global	Unico	14	19.6	4.4	-1.35	18	.192
	Varios	6	22.7	4.9			
Mujeres	Unico	13	19.8	4.6	-1.25	17	.227
	Varios	6	22.7	4.9			

Nota: No se analizó la población masculina porque sólo uno de ellos reportó intento de suicidio.

Para confirmar los casos se requiere de otros instrumentos diagnósticos, clínicos, válidos y confiables. La Escala de ISB, como herramienta de tamizaje, requiere de una alta especificidad en los estudios de este tipo, es decir, que identifique correctamente a las personas que no tienen ideas suicidas. Según los resultados obtenidos, y de acuerdo con la forma de calificación propuesta por Beck, cuando se aplicó la escala completa a los casos sin ideación suicida los resultados demostraron que la calificación máxima (codificada con 2) afirmativa en los reactivos 4 y 5, fue adecuada en esta población, pues el índice de especificidad fue de 98.1%, comparado con el criterio clínico. Al comparar la consistencia interna en esta población, con lo reportado por Beck y cols. (1979), se observa que coincidimos en el número de reactivos que se correlacionaron con  $r > .20$  ( $p \leq .05$ ) y en el índice de confiabilidad  $\alpha = .85$ , que es muy aceptable. Respecto a los siguientes reactivos: 17. "Nota Suicida", y 19. "Encubrimiento de la idea de intentar suicidarse", los resultados concuerdan con lo reportado por Beck y cols. (1979) en los cuales no se llegan a alcanzar correlaciones significativas con el puntaje global de ideación suicida. Sin embargo, no coincidimos con el reactivo 11. "Razones para pensar y desear intentar suicidarse", en el cual la motivación de los adultos para suicidarse quizá sea diferente de la de los adolescentes porque la correlación en nuestra muestra no fue significativa ( $r = .09$ ) y, de acuerdo con Híjar y cols. (1996), los adultos eligen medios más seguros para consumarlo, mientras que los jóvenes utilizan medios relativamente menos seguros, quizás porque no están muy decididos a quitarse la vida.

De la ideación suicida pasan a la acción por falta de perspectivas en su vida, pero no porque no tengan miedo de morir. Muchas veces los jóvenes agotan sus

posibilidades para resolver sus problemas, y el suicidio es una manera de denunciar su falta de apoyo (OMS, 1986). Al observar las características familiares de la muestra no se encontró ninguna diferencia importante entre los que tenían ideación suicida debido al lugar que ocupaban entre sus hermanos o por ser hijos únicos y vivir con uno o ambos padres. Estos resultados concuerdan con Lester y Caffery (1989), quienes encontraron que el lugar que ocupaban entre sus hermanos no había influido significativamente en su idea de suicidarse. Sin embargo, no podemos dejar de lado que los factores psicosociales en los que intervienen específicamente la relación intrafamiliar, la falta de apoyo social, las medidas disciplinarias, las pérdidas tempranas y las situaciones humillantes, como la discordia y la ruptura de su relación con personas significativas, son indicadores potencialmente importantes para comprender la conducta suicida (Blumenthal, 1984). La Escala de Ideación Suicida de Beck (1979) demostró ser un instrumento adecuado para detectar la problemática suicida en esta población universitaria, siempre y cuando se establezca una segunda fase en la que se confirmen los casos. Por lo tanto, se necesitan estudios con modelos bietápicos: tamizaje y confirmación de casos, para enviarlos posteriormente a los servicios de salud mental.

Aunque sólo uno de cada ocho intentos suicidas llega al conocimiento del médico, muchos adolescentes que intentan suicidarse solicitan ayuda profesional de uno a tres meses antes del intentarlo (Gurmendi, 1994). Por esto es recomendable que en los servicios de atención a la salud se incluya esta escala como herramienta para apoyar al clínico en las evaluaciones iniciales, lo cual lo auxiliará al tratar de descartar o confirmar el riesgo de suicidarse de los adolescentes.

## REFERENCIAS

1. BECK AT, KOVACS M, WEISSMAN A: Assessment of suicidal intention: The scale for Suicide Ideation. *J Consult Clin Psychol*, 47(2):343-352, 1979.
2. BECK AT, RUSH AJ, SHAW B, GARY E: *Terapia Cognitiva de la Depresión*. Biblioteca de Psicología Desclee De Browner S.A. Bilbao, 1983.
3. BECK AT, STEER RA, SANDERSON WC, MADLAND T: Panic disorder and suicidal ideation and behavior: Discrepant findings in psychiatric outpatients. *Am J Psychiatry*, 148:9, septiembre de 1991.
4. BEER J, BEER J: Depression, self-esteem, suicide ideation and GPAS of high school students at risk. *Psychol Reports*, 71:899-902, 1992.
5. BLUMENTHAL SJ: Guía sobre factores de riesgo, valoración y tratamiento de los pacientes suicidas. *Suicidio*, 1001-1027, 1984.
6. BORGES G, ROSOVSKY H, CABALLERO MA, GOMEZ C: Evolución reciente del suicidio en México: 1970-1991. *Anales*, Instituto Mexicano de Psiquiatría, 15-21, 1994.
7. BRUBECK D, BEER J: Depression, self-esteem, suicide ideation, death anxiety, and GPA in high school students of divorced and nondivorced parents. *Psychol Reports*, 71(754):755-763, 1992.
8. GONZALEZ-FORTEZA CF: Estrés psicosocial y respuesta de enfrentamiento: Impacto sobre el estado emocional en adolescentes. Tesis de Maestría. Psicología Social UNAM, 1992.
9. GONZALEZ-FORTEZA CF, ANDRADE-PALOS P: Ideación suicida en adolescentes. *La Psicología Social en México*. (AMEPSO), V:298-304, 1994.
10. GONZALEZ-FORTEZA CF, JIMENEZ A, GOMEZ C: Indicadores psicosociales asociados con la ideación suicida en los adolescentes. *Anales*, Instituto Mexicano de Psiquiatría, 135-139, 1995.
11. GURMENDI GG: *Suicidio en la Adolescencia*. Conferencia XVIII Congreso del la APAL México, 1994.
12. HIJAR M, RASCON RA, BLANCO J, LOPEZ MV: Los suicidios en México. Características sexuales y geográficas (1979-1993). *Salud Mental*, 19(4):14-21, 1996.
13. INEGI: *Información Estadística del Sector Salud y Seguridad Social*. Cuaderno No. 14. Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática, 1996.
14. LAZARD SP: Probabilidad de riesgo suicida en adolescentes masculinos que hayan perdido al padre por muerte o por abandono. Tesis del Doctorado en Psicología. Facultad de Psicología, UNAM, 1988.
15. LESTER D, CAFFERY D: Birth order, depression and suicide. *Psychol Reports*, 64:18, 1989.
16. MEDINA-MORA M E, RASCON M L, TAPIA R, MARIÑO M C, JUAREZ F, VILLATORO J, CARAVEO J, GOMEZ M: Trastornos emocionales en población urbana mexicana: resultados de un estudio nacional. *Anales*, Inst Mex Psiq, 48-55, 1992.
17. MEDINA-MORA M E, LOPEZ L E, VILLATORO J, JUAREZ F, CARREÑO S, BERENZON S, ROJAS E: La relación



- entre la ideación suicida y el abuso de sustancias. *Anales, Inst Mex Psiq*, 7-14, 1994.
18. NUNNALLY JUM C: *Teoría Psicométrica*. Editorial Trillas Mex., 1987.
19. MONDRAGON L, SALTIJERAL M T, BIMBELA A, BORGES G: La ideación suicida y su relación con la desesperanza, el abuso de drogas y alcohol. *Salud Mental*, 21(5):20-27, 1998.
20. ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD: Resultados de una encuesta en la población estudiantil. *Anales, Instituto Mexicano de Psiquiatría*, 1995.
21. OMS: *La Salud de los Jóvenes. Un Reto y una Esperanza*. Ginebra, 1995.
22. ROBERT RE, CHEN Y-W: Depressive symptoms and suicidal ideation among Mexican-origin and Anglo adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 34(1):81-90, 1995.
23. STEER R, KUMAR G, BECK AT: Self-reported suicidal ideation in adolescent psychiatric inpatients. *J Consult Clin Psychol*, 61(6):1096-1099, 1993.

## CUESTIONARIO

### ESCALA DE PENSAMIENTOS SUICIDAS

NOMBRE \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

#### I. CARACTERISTICAS DE LAS ACTITUDES HACIA LA VIDA/MUERTE.

1. Deseo de vivir. ( )  
 0. Moderado a fuerte  
 1. Poco (Débil).  
 2. Ninguno (No tiene).
2. Deseo de morir. ( )  
 0. Ninguno (No tiene).  
 1. Poco (Débil).  
 2. Moderado a fuerte.
3. Razones para Vivir/Morir. ( )  
 0. Vivir supera a morir.  
 1. Equilibrado (es igual).  
 2. Morir supera a vivir.
4. Deseo de realizar un intento de suicidio activo. ( )  
 0. Ninguno (inexistente).  
 1. Poco (Débil).  
 2. Moderado a fuerte.
5. Deseo pasivo de suicidio. ( )  
 0. Tomaría precauciones para salvar su vida.  
 1. Dejaría la vida/muerte a la suerte.  
 2. Evitaría los pasos necesarios para salvar o mantener su vida.

#### II. CARACTERISTICAS DE LOS PENSAMIENTOS/DESEOS DE SUICIDIO

6. Duración. ( )  
 0. Breves, periodos pasajeros.  
 1. Periodos largos.  
 2. Continuos (Crónicos), casi continuos.
7. Frecuencia. ( )  
 0. Rara, ocasionalmente.  
 1. Intermitente.  
 2. Persistentes y continuos
8. Actitud hacia los pensamientos/deseos. ( )  
 0. Rechazo.  
 1. Ambivalente; indiferente.  
 2. Aceptación.
9. Control sobre la acción/deseo de suicidio. ( )  
 0. Tiene sentido de control.  
 1. Inseguridad de control  
 2. No tiene sentido de control.
10. Razones o motivos que detienen la tentativa suicida (familia, religión, irreversibilidad o fallar). ( )  
 0. No lo intentaría porque algo lo detiene.  
 1. Cierta duda hacia los intereses que lo detienen.  
 2. Ninguno o mínimo interés en las razones que lo detienen. Indicar qué factores tienen.
11. Razones para pensar/desear el intento suicida. ( )  
 0. Manipular el ambiente, llamar la atención, venganza.  
 1. Combinación de 0-2.  
 2. Escapar, acabar, salir de problemas.

#### III. CARACTERISTICAS DEL INTENTO.

12. Método: Especificidad/oportunidad de pensar el intento. ( )  
 0. Sin considerar.  
 1. Considerado, pero sin elaborar los detalles.  
 2. Detalles elaborados / bien formulados.

(Continuación)

13. Método: Disponibilidad/oportunidad de pensar el intento. ( )  
0. Método no disponible, no oportunidad.  
1. Método tomaría tiempo/esfuerzo; oportunidad no disponible realmente.  
2. Método y oportunidad disponible  
2a. Oportunidad futura o disponibilidad de anticipar el método.
14. Sensación de "capacidad" para llevar a cabo el intento. ( )  
0. Falta de valor, debilidad, asustado, incompetente.  
1. No está seguro de tener valor.  
2. Está seguro de tener valor.
15. Expectativa/ anticipación de un intento real. ( )  
0. No.  
1. Sin seguridad, sin claridad.  
2. Sí.
- IV. ACTUALIZACION DEL INTENTO.
16. Preparación real. ( )  
0. Ninguna.  
1. Parcial (guardar pastillas, conseguir instrumentos).  
2. Completa.
17. Nota Suicida. ( )  
0. Ninguna.  
1. Sólo pensada, iniciada, sin terminar.  
2. Escrita. Terminada.
18. Acciones finales para preparar la muerte (testamento, arreglos, regalos). ( )  
0. No.  
1. Sólo pensados, arreglos parciales..  
2. Terminados
19. Encubrimiento de la idea de realizar el intento suicida. ( )  
0. Revela las ideas abiertamente.  
1. Revela las ideas con reservas.  
2. Encubre, engaña, miente.
20. Intento de suicidio Anteriores. ( )  
0. No.  
1. Uno.  
2. Más de uno.



## CENTRO DE INFORMACION EN SALUD MENTAL Y ADICCIONES

### CISMAD

#### La Investigación sobre Salud Mental en México

El Centro de Información en Salud Mental y Adicciones está coordinando un proyecto auspiciado por el Instituto Mexicano de Psiquiatría y el Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología, titulado "La Investigación sobre Salud Mental en México", con el propósito de conformar una base de información estructurada y sistemática sobre la investigación realizada en México en relación con la salud mental, la enfermedad mental y las adicciones.

Para tal fin, invita a todos los investigadores nacionales especializados en estas áreas a participar en dicho proyecto mediante el envío de los artículos, libros, ponencias o reportes de investigación que hayan publicado de 1985 a la fecha, a partir de investigaciones relacionadas con los aspectos epidemiológicos y sociales de la salud mental y las adicciones, a fin de incorporarlos a su acervo documental e incluirlos en la base de datos referenciales que se editará en 1999, tanto en formato impreso como en disco compacto.

Así mismo, el envío de información sobre sus datos personales y una breve descripción de sus líneas de investigación, nos permitirá incluirlos en un directorio nacional de investigadores relacionados con la salud mental y las adicciones, a publicarse también próximamente.

Su colaboración permitirá enriquecer la base de datos referenciales, que incluirá la referencia completa de cada documento registrado, así como un resumen breve de su contenido, en tanto que el texto completo se podrá consultar en el documento original, mismo que estará disponible en el acervo documental.

La integración de la base automatizada y su posterior difusión por diversos canales ofrecerá un triple beneficio a las instituciones e investigadores participantes: facilitarles una vía eficaz y expedita para acceder a la información disponible en el país, apoyarles en la difusión de los resultados de su trabajo y favorecer el intercambio de experiencias y la colaboración entre investigadores interesados en temas afines.

Para mayor información, dirigirse al Centro de Información en Salud Mental y Adicciones.

Calz. México Xochimilco No. 101, Col. San Lorenzo Huipulco, Del. Tlalpan, México D.F., C.P. 14370. Tels. 655 28 11 Ext.157, 160, 196. Fax 513 33 09. email: [cisma@imp.edu.mx](mailto:cisma@imp.edu.mx).