

Escala de Comunicación Suicida: Desarrollo y análisis psicométrico en una muestra de adolescentes peruanos

Nikolai M. Rodas-Vera¹, Magdalena Sifuentes-Sánchez¹,
Cristian Ramos-Vera¹ y Miguel Basauri-Delgado²

¹Universidad César Vallejo, Lima, Perú

²Universidad Femenina del Sagrado Corazón, Lima, Perú

Suicidal Communication Scale: Development and psychometric analysis in a sample of Peruvian adolescents

Abstract: Suicide is a public health problem that affects adults and young people. Communicating suicidal thoughts contributes to suicide prevention. The objective of this research was to develop the Suicidal Communication Scale. A sample of 308 adolescents ($M_{age} = 14.6$, 53.9% women) was used. The confirmatory factor analysis demonstrated the existence of three factors: verbal suicidal communication, nonverbal suicidal communication, and virtual suicidal communication, with adequate fit indexes ($\chi^2/df = 2.43$, $CFI = .926$, $TLI = .912$, $SRMR = .074$, $RMSEA [90\% CI] = .068 [.058, .079]$) and adequate reliability ($\omega = .72, .70$, and $.80$, for each factor). No differences were found in the scale between men and women, the instrument being invariant across gender. It is concluded that the instrument has adequate psychometric properties that support its use in future research.

Keywords: Suicide; suicidal communication; suicidal ideation; validity; adolescents.

Resumen: El suicidio es un problema de salud pública que afecta a adultos y jóvenes. La comunicación de los pensamientos suicidas contribuye a la prevención del suicidio. El objetivo de la investigación fue construir la Escala de comunicación suicida. Se utilizó una muestra de 308 adolescentes ($M_{edad} = 14.6$, 53.9% mujeres). El análisis factorial confirmatorio demostró la existencia de tres factores: comunicación suicida verbal, comunicación suicida no verbal y comunicación suicida virtual, con adecuados índices de ajuste ($\chi^2/df = 2.43$, $CFI = .926$, $TLI = .912$, $SRMR = .074$, $RMSEA [IC 90\%] = .068 [.058, .079]$) y adecuada confiabilidad ($\omega = .72, .70$ y $.80$, para cada dimensión). No se encontraron diferencias en la escala entre hombres y mujeres, siendo su estructura invariante a través del género. Se concluye que el instrumento cuenta con adecuadas propiedades psicométricas que avalan su uso en futuras investigaciones.

Palabras clave: Suicidio; comunicación suicida; ideación suicida; validación; adolescentes.

Introducción

El suicidio es un problema de salud pública. En los jóvenes representa la cuarta causa de muerte (Organiza-

ción Mundial de la Salud [OMS], 2021). En América esta situación parece replicarse. En Estados Unidos, en el 2020, el suicidio representó la tercera causa de muerte en el rango de 15 a 24 años y la segunda causa en el rango de 10 a 14 años (Centers for Disease Control and Prevention, 2023). En Perú, de todas las personas que se suicidaron en el 2019, el 16.51% correspondió al rango de 15 a 19 años; mientras que el 5.35% al grupo de 10 a 14 años (Roman-Lazarte et al., 2021). Haciendo un recuento entre el 2020 y el 2022, estas cifras ascendieron a 18.3% para el primer grupo de edad y a 7.8% para el segundo grupo (Ministerio de Salud, 2023).

Recibido: 09 de junio de 2023; aceptado: 27 de febrero de 2024.

Correspondencia: Nikolai Martin Rodas-Vera, Escuela de Psicología, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad César Vallejo, Av. Del Parque 640, Urb. Canto Rey, San Juan de Lurigancho, 15434, Perú, Correo-e: nrodasv@ucvvirtual.edu.pe

Agradecimientos: Los autores agradecen al Dr. José Francisco Vallejos Saldarriaga por sus sugerencias en la preparación del manuscrito.

En este país, el Ministerio de Salud (2022) ha ofrecido una serie de estrategias para prevenir el suicidio, dentro de las cuales se encuentra la comunicación. Esto es razonable, ya que cerca de la mitad de personas que cometieron suicidio comunicaron sus intenciones previamente (Pompili et al., 2016). La comunicación suicida podría prevenir el suicidio (Balt et al., 2021; Schuler et al., 2020), considerando que puede generar apoyo familiar (Frey y Fulginiti, 2017), que es un método directo para identificar personas con riesgo suicida (Frey et al., 2018) y que se asocia significativamente con las señales de advertencia del suicidio (Bagge et al., 2022).

Se puede hablar de la comunicación suicida en dos sentidos. En un sentido general, tiene que ver con la transmisión de información, prevención o intervención sobre el suicidio (Frey et al., 2019). En un sentido particular, también se le conoce como comunicación personal relacionada al suicidio, donde una persona le transmite a otra su ideación o intención suicida (Frey et al., 2019; Silverman et al., 2007).

Existen tres canales personales de comunicación suicida: 1) La comunicación suicida verbal (Balt et al., 2021; Frey y Fulginiti, 2017), entendida como un conjunto de expresiones verbales hacia personas cercanas o profesionales sobre las intenciones o pensamientos de suicidio; la comunicación suicida no verbal (Bagge et al., 2022; Balt et al., 2021), que son comportamientos gestos o productos (como las notas o videos) que la persona elabora para informar sobre sus pensamientos suicidas; y la comunicación suicida virtual (Dunlop et al., 2011; Li y Jiao, 2023; Molina y Restrepo, 2018), que se concibe como el uso de las redes sociales y la tecnología para expresar las motivaciones o conductas suicidas.

Pese a la importancia de la comunicación suicida, existen pocos instrumentos para su medición. La Escala de Autolesión y Divulgación Suicida (Frey et al., 2018), se enfoca a evaluar, mediante una sola dimensión, los métodos, las razones y la frecuencia de la autolesión de personas que sobrevivieron al suicidio. La Escala de Calidad de la Reacción Familiar (Frey et al., 2015), también unidimensional, evalúa la calidad de las respuestas de los receptores de la comunicación. Estos instrumentos han sido criticados por no basarse en un modelo teórico integrado y por no abarcar exhaustivamente las comunicaciones suicidas (Schuler et al., 2022). La Escala de Intención Suicida (Beck et al., 1974; en Zhou y Jia, 2012), cuya escala abreviada para comunicación suicida mide comunicación comportamental, comunicación verbal y notas suicidas, pero con solo tres ítems (Zhou y Jia, 2012). Finalmente, la Escala de las Funciones de la Comunicación Suicida (Schuler et al., 2022); sin embargo,

como su nombre lo indica, mide las funciones de la comunicación, no la expresión de las ideas suicidas.

En este contexto, el objetivo del presente estudio fue construir la Escala de comunicación suicida (ECS), proponiendo un modelo teórico trifactorial: Comunicación suicida verbal, comunicación suicida no verbal y comunicación suicida virtual. Se presentarán cuatro evidencias psicométricas. Primero, la validez en base a la estructura interna, para evaluar el modelo propuesto. Segundo, la confiabilidad por consistencia interna. Tercero, la invarianza factorial según género, teniendo en cuenta que los hombres se suicidan más que las mujeres (OMS, 2021), pero que en materia de comunicación suicida, no existen diferencias significativas según género (Paraschakis et al., 2015). Cuarto, la asociación con dos variables: la ideación suicida y la regulación conductual de las emociones. Sobre la primera variable, la comunicación suicida transmitiría los pensamientos suicidas (Pompili et al., 2016; Silverman et al., 2007), y sobre la segunda variable, se ha encontrado que la regulación de las emociones no es una función esencial de la comunicación suicida (Schuler et al., 2022), pero es un factor de riesgo para la ideación suicida (Galarza et al., 2021).

Un instrumento para medir comunicación suicida puede ser útil de tres formas. Primero, en un nivel preventivo (Balt et al., 2021; Ministerio de Salud, 2022; Schuler et al., 2020), se puede aplicar a grupos grandes para detectar a las personas que han comunicado sus intenciones suicidas. Especialmente, se puede utilizar en centros educativos como una herramienta de tamizaje. Los establecimientos escolares son un lugar idóneo para la prevención del suicidio, ya que los adolescentes pueden encontrar un espacio de discusión sobre el suicidio, de comunicación y desarrollo de actitudes de búsqueda de ayuda (Bustamante y Florenzano, 2013; Val y Míguez, 2021).

Segundo, puede ser útil en el ámbito clínico. Los profesionales de la salud mental pueden emplear el instrumento para complementar la evaluación médica o psicológica en materia de suicidio. Tercero, el instrumento podrá ser utilizado en investigación. Como se ha revelado previamente, la comunicación suicida es de interés científico pero no existen instrumentos idóneos para su medición. Incluso, se ha criticado la poca claridad conceptual en torno a su medición (Schuler et al., 2020).

Método

Participantes

La muestra fue intencional, se reclutó a 308 adolescentes con edades entre los 13 y 17 años ($M = 14.6$, $DE =$

1.48), quienes pertenecían a cinco escuelas ubicadas en Ancash, Perú, ubicadas en una zona andina rural. Los criterios de inclusión consistieron en haber presentado pensamientos suicidas por lo menos una vez en los seis meses previos a la investigación y navegar en redes sociales por lo menos una hora a la semana. En la Tabla 1 se aprecia que la mayoría de los participantes tuvieron 13 años (30.8%), fueron mujeres (53.9%), pertenecían al distrito de Huaraz (84.1%) y estuvieron matriculados en un colegio nacional (82.5%). Además, la mayoría informó no tener un diagnóstico de salud mental (69.8%) y no recibir tratamiento psicológico (77.3%) ni psiquiátrico (98.1%).

Instrumentos

Escala de comunicación suicida (ECS). El instrumento propuesto estuvo constituido por 16 ítems distribuidos en tres dimensiones: comunicación suicida verbal, comunicación suicida no verbal y comunicación suicida virtual. Su modalidad de respuesta es de tipo dicotómico con las opciones de sí (1) y no (0). A mayor puntaje, mayor presencia de comunicación suicida. Sus propiedades psicométricas se aprecian en la sección de resultados. El instrumento final está disponible en el Anexo 1.

Tabla 1. Características sociodemográficas de los participantes ($N = 308$)

Variables	Frecuencia	Porcentaje
<i>Edad</i>		
13	95	30.8
14	82	26.6
15	23	7.5
16	58	18.8
17	50	16.2
<i>Género</i>		
Mujer	166	53.9
Hombre	142	46.1
<i>Distrito de residencia</i>		
Huaraz	259	84.1
Yungay	49	15.9
<i>Tipo de colegio</i>		
Nacional	254	82.5
Particular	54	17.5
<i>Diagnóstico informado por los participantes</i>		
Ninguno	215	69.8
Depresión	59	19.2
Trastorno bipolar	24	7.8
Ansiedad	7	2.3
Trastorno obsesivo compulsivo	2	.6
Epilepsia	1	.3
<i>Recibe tratamiento psicológico</i>		
No	238	77.3
Sí	70	22.7
<i>Recibe tratamiento psiquiátrico</i>		
No	302	98.1
Sí	6	1.9

Inventario de Ideación Suicida Positiva y Negativa (PANSI; Osman et al., 1998). Se utilizó la adaptación peruana (Rodas-Vera et al., 2021), cuyas propiedades psicométricas antes de la pandemia ($SRMR = .038$, $RMSEA = .061$) y durante la pandemia por COVID-19 ($SRMR = .045$, $RMSEA = .078$) resultaron excelentes para población universitaria. Presenta 16 ítems distribuidos en dos dimensiones: ideación suicida negativa e ideación suicida positiva. El primer factor refleja los pensamientos suicidas propiamente; mientras que el segundo, es un factor protector frente a un posible suicidio. Las respuestas varían desde nunca (0) hasta siempre (4). Se hizo una adaptación para emplearla en adolescentes, modificándose solo el ítem 12 que denotaba estudios universitarios. La confiabilidad (α) en este estudio fue de .80 y .83.

Cuestionario de Regulación Conductual de las Emociones (BERQ; Kraaij y Garnefski, 2019). Se empleó la adaptación peruana (Dominguez-Lara et al., 2022), que obtuvo propiedades psicométricas aceptables en población universitaria ($CFI = .976$, $RMSEA = .059$). El instrumento consta de 20 ítems distribuidos en cinco dimensiones. En el presente estudio se obtuvo confiabilidad moderada: enfrentar activamente ($\alpha = .50$), buscar apoyo social ($\alpha = .53$), distraerse ($\alpha = .52$), ignorar el problema ($\alpha = .69$) y retirada ($\alpha = .50$). Las respuestas varían desde casi nunca (1) hasta casi siempre (5). A mayor puntaje, mayor uso de cada estrategia para regular las emociones frente a situaciones estresantes.

Procedimiento

La construcción de la ECS siguió tres etapas: una teórica, una racional y una empírica. En cuanto a la etapa teórica, se determinaron los factores y los ítems según cada factor. En la Tabla 2 se puede observar el sustento teórico de cada ítem elaborado. A nivel racional, el instrumento fue presentado a cinco jueces expertos quienes propusieron algunos cambios que mejoraron la comprensión de los ítems. La Tabla 2 muestra el resultado de este proceso. Finalmente en el aspecto empírico, se aplicó el instrumento consultando a los participantes sobre el entendimiento de los ítems (estudio piloto) y se prosigió hasta completar la muestra final, con la que se analizaron las propiedades psicométricas.

El desarrollo de la investigación siguió las normas éticas de la American Psychological Association (2017). La recopilación de datos fue muy similar al reportado por Bahamón et al. (2019). Así, se establecieron tres momentos. Primero, se solicitó los permisos a los directivos de los colegios, que fue realizado en junio del 2022. Se-

gundo, se envió una solicitud a padres y madres de familia, que comprendió todo agosto del 2022. Tercero, se reunió a los adolescentes cuyos padres brindaron su consentimiento informado. En la reunión, se les explicó el objetivo de la investigación, el tiempo aproximado que tomaría participar y los aspectos éticos, como la confidencialidad y la libertad para dejar de participar. Se seleccionó a los adolescentes que cumplieran con los criterios de inclusión y a los que brindaron su asentimiento informado. La recopilación de datos fue con lápiz y papel, y abarcó septiembre, octubre y noviembre del 2022. El tiempo de respuesta de los instrumentos fue de 20 minutos. La segunda autora estuvo siempre presente para responder preguntas y despejar dudas.

Análisis estadístico

Los análisis fueron ejecutados con el software estadístico de acceso libre JASP (v. 0.17.1). En la primera etapa se realizó el análisis descriptivo de los ítems, reportándose la media y la desviación estándar. Además, se consideró una asimetría y curtosis con valores que oscilan dentro del intervalo de ± 2 para reflejar normalidad univariada (Bandalos y Finney, 2010). Mientras que la correlación ítem-test tuvo que ser mayor al .30 (Hage-ll y Westergren, 2006).

En la segunda etapa se revisó la validez basada en la estructura interna por medio del Análisis Factorial Confirmatorio (AFC) con el estimador Mínimos cuadrados no ponderados (ULS) debido a la ordinalidad de los datos (Hu y Bentler, 1999). Se examinaron los siguientes índices de ajuste: Proporción entre chi-cuadrada y grados de libertad ($\chi^2/df < 3$; Hair et al., 1999; en Escobedo et al., 2016), índice de ajuste comparativo ($CFI > .90$), índice de Tucker-Lewis ($TLI > .90$), error cuadrático medio de aproximación ($RMSEA \leq .08$) y raíz residual estandarizada cuadrática media ($SRMR \leq .08$, Hu y Bentler, 1999). Asimismo, se reconoce como válido los ítems que cuenten con cargas factoriales superiores al .30 (Herrero, 2010). En una tercera etapa se evaluó la fiabilidad por consistencia interna aceptándose valores mayores al .70 en el coeficiente omega de McDonald (Viladrich et al., 2017).

En una cuarta etapa se analizó la invarianza de medida según el género, la cual se realizó a través de un AFC multigrupo con el modelo de tres factores correlacionados. Se inició con el reporte de la invarianza configural; luego, se calculó la invarianza métrica por medio de las restricciones de las cargas factoriales en ambos grupos; consecutivamente, se identificó la invarianza escalar al restringir las intersecciones de los elementos; por último, se obtuvo la invarianza estricta añadiendo las res-

Tabla 2. Sustento teórico de los ítems de la Escala de comunicación suicida

Factores	Ítems (En la nota se encuentra la versión previa a los jueces)	Referentes teóricos
Comunicación suicida verbal	1. He conversado con un profesional (psicólogo/a, psiquiatra, trabajador/a social, etc.) sobre mis ideas suicidas.	Balt et al. (2021)
	2. He hablado con alguien cercano (pareja, familia, amigo/a) sobre mis pensamientos de querer estar muerto/a.	Frey y Fulginiti (2017); Fulginiti et al. (2019)
	3. He amenazado con suicidarme.	Silverman et al. (2007)
	4. He comunicado a alguna persona mi preocupación sobre mi posible suicidio.	Frey y Fulginiti (2017) Fulginiti et al. (2019)
	5. Le he contado a alguien cercano (pareja, familia, amigo/a) mis intenciones de quitarme la vida.	Fulginiti et al. (2019)
	6. Dedico tiempo en conversar u opinar sobre la muerte, los suicidios, la reencarnación o sobre no llegar a ser anciano/a.	Balt et al. (2021)
Comunicación suicida no verbal	7. He obsequiado pertenencias valiosas como despedida porque pienso quitarme la vida.	Ministerio de Salud (2022)
	8. He elaborado notas, cartas o videos de despedida debido a mi posible suicidio.	Bagge et al. (2022); Zhou y Jia (2012)
	9. He escrito un plan de cómo terminar con mi vida (posibles fechas, lugares o métodos). *	Balt et al. (2021); Silverman et al. (2007)
	10. Hago dibujos, pinturas o canciones que reflejan mis intenciones de asesinarme o de estar muerto/a.	Balt et al. (2021)
	11. Estoy dejando “todo en orden” (familia, negocios, etc.) ya que estoy planeando morir. **	Bagge et al. (2022); Zhou y Jia (2012)
	12. He cambiado drásticamente mi apariencia, mis energías o mis horas de sueño por motivo de mis ideas suicidas.	Balt et al. (2021)
	13. Me he hecho daño a mí mismo/a (cortes en la piel, autointoxicación, no comer por mucho tiempo, tomar demasiadas pastillas, etc.) con el fin de acercarme a mi muerte.	Bagge et al. (2022); Silverman et al. (2007)
Comunicación suicida virtual	14. He escrito en mi muro o en mis historias de redes sociales (WhatsApp, Instagram, Facebook u otros) uno o varios comentarios sobre mi posible suicidio. ***	Carlyle et al. (2018); Dunlop et al. (2011)
	15. He compartido en mis redes sociales, información sobre cómo una persona podría quitarse la vida.	Dunlop et al. (2011); Molina y Restrepo (2018)
	16. Formo parte de grupos o foros en redes sociales que tienen pensado quitarse la vida.	Balt et al. (2021); Carlyle et al. (2018); Dunlop et al. (2011); Molina y Restrepo (2018)

Nota. * He escrito un plan de posibles fechas, lugares o métodos de cómo terminar con mi vida, ** Estoy dejando todo en orden (familia, negocios, etc.) ya que estoy planeando morir, *** He escrito en mi muro o en mis historias de redes sociales uno o varios comentarios sobre mi posible suicidio.

tricciones de los residuos o errores de medida. Para considerar como invariante un modelo de medición se tiene que obtener valores menores a .01 en las diferencias de los siguientes índices de ajuste: ΔCFI , $\Delta RMSEA$ y $\Delta SRMR$ (Chen, 2007).

Dentro de la quinta etapa se calcularon las diferencias estadísticas según el género para la puntuación total de la ECS y para cada una de las subescalas a través de

la prueba bayesiana U de Mann-Whitney, la cual se utilizó debido a que los resultados de la prueba de normalidad demostraron la existencia de una distribución no normal ($p < .05$). En los resultados de diferencia bayesiana se reconoce que el Factor Bayes (BF) permite la inferencia de dos interpretaciones: BF_{10} (A favor de la hipótesis alterna de diferencias significativas) y BF_{01} (A favor de la hipótesis nula para la carencia de diferencias

significativas), junto con los intervalos de confianza al 95% y el tamaño del efecto (Ly et al., 2018). Para la fuerza probatoria de las hipótesis de significancia se consideró los criterios de Jeffreys para estudios comparativos: débil, moderado, fuerte, muy fuerte y extremo (Ramos-Vera, 2021).

Finalmente, en una sexta etapa se obtuvo la validez por medio de un análisis de redes, con el cual se pudo identificar un sistema de relaciones parciales (positivas o negativas), donde las variables o nodos fueron las dimensiones de las tres variables. El análisis de red se ejecutó con el estimador *Ebiclasso* que permite conocer una red estable a través de las correlaciones parciales regularizadas (Foygel y Drton, 2010). También se evaluaron las medidas de centralidad (*Betweenness*, *closeness*, *strength*, *expected influence*) con la finalidad de estimar la variable que tiene mayor interconexión dentro de la red (Opsahl et al., 2010). Según McNally (2021), se reconoce a la centralidad *Betweenness* como el número de veces que un nodo se encuentra en la ruta más corta entre dos nodos; la centralidad *closeness* se define como la distancia promedio entre el nodo y todos los demás; la centralidad *strength* se refiere al número de conexiones que tiene un nodo con otros; y la *expected influence* opera de manera similar a la centralidad *stren-*

gth en redes con únicamente bordes positivos, pero sobresale en aquellas redes que incluyen conexiones negativas. Por lo tanto, en el presente estudio se considera la *expected influence (EI)* como medida más relevante para interpretar la centralidad.

Resultados

Resultados descriptivos

En la Tabla 3 se observan los resultados descriptivos, donde se evidencia un mayor promedio para el ítem 16 ($M = .425$, $DE = .495$) y el ítem 2 ($M = .399$, $DE = .491$). La asimetría y la curtosis estuvo dentro de un intervalo aceptable de ± 2 (Bandalos y Finney, 2010), además, los valores de correlación ítem-test (*Rit*) fueron adecuados debido a que superaron el .30 (Hagell y Westergren, 2006).

Validez basada en la estructura interna

El AFC encontró índices de ajuste aceptables para un modelo oblicuo de tres factores ($\chi^2/gl = 2.43$, $CFI = .926$, $TLI = .912$, $SRMR = .074$, $RMSEA [IC 90\%] = .068$ [.058, .079]). En la Tabla 4 se muestran las cargas factoriales y la correlación entre factores.

Tabla 3. Análisis descriptivo de los ítems de la Escala de comunicación suicida

ítems	<i>M</i>	<i>DT</i>	<i>gl</i>	<i>g2</i>	<i>Rit</i>
SC1	.380	.486	.497	-1.764	.325
SC2	.399	.491	.413	-1.841	.403
SC3	.321	.468	.768	-1.419	.404
SC4	.370	.484	.541	-1.719	.472
SC5	.328	.470	.737	-1.467	.482
SC6	.282	.451	.971	-1.064	.464
SC7	.328	.470	.737	-1.467	.441
SC8	.315	.465	.801	-1.368	.362
SC9	.292	.456	.918	-1.164	.391
SC10	.308	.463	.834	-1.314	.398
SC11	.308	.463	.834	-1.314	.404
SC12	.276	.448	1.007	-.992	.467
SC13	.390	.488	.455	-1.805	.392
SC14	.292	.456	.918	-1.164	.438
SC15	.325	.469	.753	-1.443	.526
SC16	.425	.495	.304	-1.920	.368

Nota. *M* = Media; *DT* = Desviación típica; *gl* = Asimetría; *g2* = Curtosis; *Rit* = Correlación ítem-test.

Tabla 4. Cargas factoriales de los ítems de la ECS

Factor	Ítem	Carga factorial
F1: Comunicación suicida verbal	SC1	.320
	SC2	.519
	SC3	.539
	SC4	.655
	SC5	.653
	SC6	.605
F2: Comunicación suicida no verbal	SC7	.513
	SC8	.426
	SC9	.477
	SC10	.494
	SC11	.512
	SC12	.601
	SC13	.519
F3: Comunicación suicida virtual	SC14	.652
	SC15	.830
	SC16	.552
Correlaciones	F1-F2	.447
	F1-F3	.304
	F2-F3	.510

Fiabilidad

La consistencia interna fue calculada a través del coeficiente omega de McDonald (ω): comunicación suicida verbal = .72, comunicación suicida no verbal = .70 y comunicación suicida virtual = .80. Respecto a la escala a nivel general se encontró una fiabilidad de .813.

Invarianza de medición

En la Tabla 5 se observan los resultados de la invarianza factorial según el género. Se empezó con la invarianza configural como línea base; luego, se encontró una invarianza métrica con índices de ajuste aceptables y diferencias de medida con estimaciones menores al .01 que demuestran un modelo invariante. De manera semejante, la invarianza escalar y la invarianza estricta contaron con parámetros considerables. Con ello, se mantiene una invarianza de medida en función al género.

Diferencias según género

Según la prueba U de Mann-Whitney bayesiana, se observa una fuerza de probabilidad moderada a favor de la hipótesis estadística de no diferencias significativas ($BF_{01} > 3$), lo cual demuestra que las hipótesis nulas fueron de seis a siete veces mayores que las hipótesis alternas para todas las diferencias (Tabla 6). No existen diferencias significativas según el género.

Tabla 5. Invarianza de medición según el género

Invarianza	χ^2/gl	CFI	TLI	SRMR	RMSEA	ΔCFI	$\Delta RMSEA$	$\Delta SRMR$
Configural	1.57	.939	.932	.091	.061	-	-	-
Métrica	1.57	.939	.932	.091	.061	.000	.000	.000
Escalar	1.51	.942	.938	.087	.058	.003	.003	.004
Estricta	1.51	.938	.939	.089	.058	.004	.000	.002

Nota. χ^2 = Chi cuadrado; gl = Grados de libertad; CFI = Índice de ajuste comparativo; TLI = Índice Tucker-Lewis; SRMR = Raíz residual estandarizada cuadrática media; RMSEA = Error cuadrático medio de aproximación; ΔCFI = diferencias del índice de ajuste comparativo, $\Delta RMSEA$ = diferencias del error cuadrático medio de aproximación, $\Delta SRMR$ = diferencias del índice promedio de los residuos estandarizados.

Tabla 6. Diferencias bayesianas de la comunicación suicida y sus dimensiones según el género

Variable	BF_{10}	BF_{01}	Tamaño del efecto	[95% CI]
Comunicación suicida	.139	7.21	.038	[-.189, .252]
Comunicación verbal	.131	7.66	.003	[-.226, .234]
Comunicación no verbal	.129	7.77	.003	[-.224, .234]
Comunicación virtual	.163	6.14	.070	[-.170, .305]

Nota. BF = Bayes factor; CI = Intervalos de confianza

Validez en base a la relación con otras variables

Las asociaciones se pueden observar en la Figura 1. Mediante el análisis de redes se reconoce que las tres dimensiones de la comunicación suicida cuentan con relación parcial directa, con mayor intensidad para comunicación suicida virtual con comunicación suicida no verbal ($r_{\text{parcial}} = .33$) y esta última con la comunicación suicida verbal ($r_{\text{parcial}} = .26$). Solo existe una relación inversa y de mínima intensidad entre la comunicación suicida virtual con la regulación emocional de ignorar el problema (parcial $r = -.11$), y entre comunicación suicida no verbal con la ideación suicida positiva ($r_{\text{parcial}} = -.13$).

En la Figura 2 se identifica la centralidad de las variables. La centralidad que cobra mayor relevancia en el presente estudio es *expected influence*, ya que se analiza una red con relaciones inversas (McNally, 2021). En cuanto a las dimensiones de la comunicación suicida, se encontró una mayor centralidad por influencia esperada para la comunicación suicida no verbal ($EI = .242$), seguido de la comunicación suicida verbal ($EI = .202$) y la comunicación suicida virtual ($EI = .117$). Sin embargo, dentro de todo el análisis de red se evidenció que las di-

mensiones con mayor influencia esperada fueron enfrentar activamente ($EI = 1.117$) y búsqueda del apoyo social ($EI = .732$) de la regulación conductual de las emociones.

Discusión

La comunicación suicida es una herramienta de prevención del suicidio, especialmente en ámbitos escolares y en la consulta clínica; sin embargo, no existen instrumentos óptimos para su evaluación. El objetivo del presente estudio fue construir la Escala de comunicación suicida (ECS). Se asume que la comunicación suicida es el acto mediante el cual una persona trasmite su idea, intento o comportamiento suicida a otra persona (Frey et al., 2019), reconociendo tres dimensiones: Comunicación suicida verbal, comunicación suicida no verbal y comunicación suicida virtual. Estas dimensiones representan canales de expresión de pensamientos, intenciones y conductas suicidas.

Según los índices de ajuste del AFC, las tres dimensiones correlacionadas contribuyen a explicar la comunicación suicida. La dimensión verbal cuenta con 6 ítems. Los indicadores más representativos se encuen-

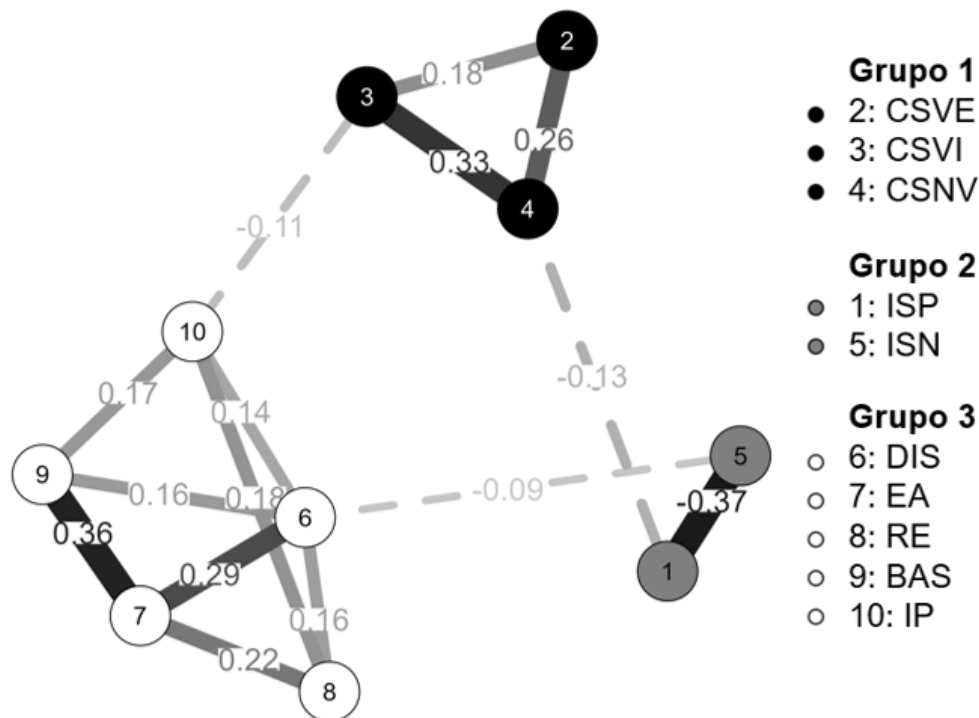


Figura 1. Análisis de red para las variables. CSVE = Comunicación suicida verbal; CSVI= Comunicación suicida virtual; CSNV = Comunicación suicida no verbal; ISP = Ideación suicida positiva; ISN = Ideación suicida negativa; DIS = Distraerse; EA = Enfrentar activamente; RE = Retirada; BAS = Buscar apoyo social; IP = Ignorar el problema. Los bordes entrecortados representan las relaciones inversas entre los nodos y los bordes más oscuros demuestran una mayor fuerza de las relaciones.

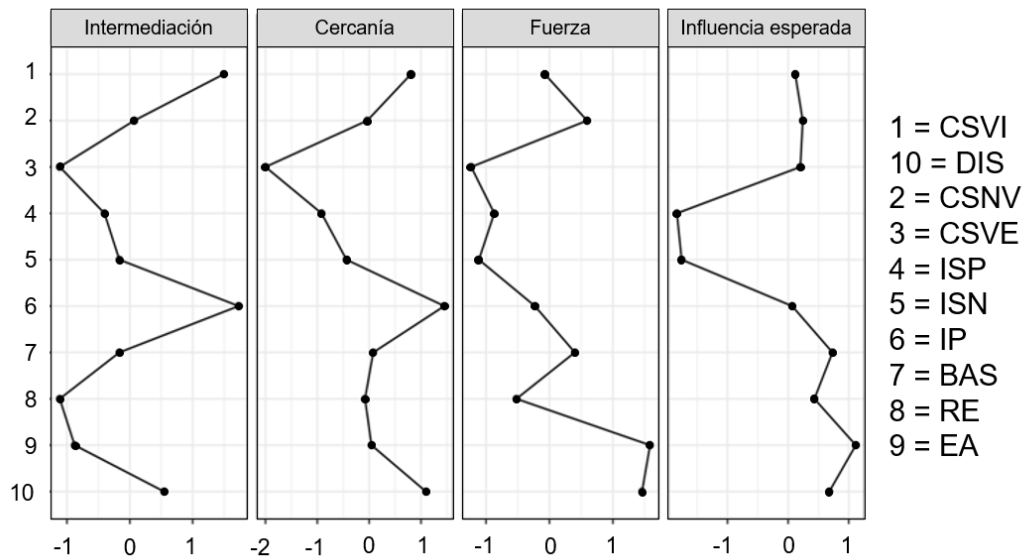


Figura 2. Gráfico de centralidad de las variables. CSVE = Comunicación suicida verbal; CSVI= Comunicación suicida virtual; CSNV = Comunicación suicida no verbal; ISP = Ideación suicida positiva; ISN = Ideación suicida negativa; DIS = Distraerse; EA = Enfrentar activamente; RE = Retirada; BAS = Buscar apoyo social; IP = Ignorar el problema.

tran en el ítem 4 y 5, que tienen que ver con la comunicación de la preocupación que causa la posibilidad de suicidarse y la comunicación a una persona cercana de las intenciones suicidas, respectivamente. Estos tienen respaldo en la importancia de los amigos y confidentes en la recepción de las intenciones suicidas (Frey y Fulginiti, 2017; Fulginiti et al., 2019). Les siguen, el ítem 6, que refleja conversaciones y opiniones que se emiten sobre temas relacionados a los suicidios (Balt et al., 2021); el ítem 3, expresión de amenaza suicida (Silverman et al., 2007); y el ítem 2, transmitir a alguien cercano los pensamientos suicidas (Frey y Fulginiti, 2017; Fulginiti et al., 2019). Finalmente, con menor carga factorial se encuentra el ítem 1, que refleja conversación con profesionales de la salud (Balt et al., 2021). Este factor quedaría definido como la expresión verbal de ideas suicidas, amenazas suicidas, preocupaciones sobre el suicidio e intenciones de quitarse la vida, donde los receptores son personas cercanas, familiares o profesionales de la salud.

La dimensión no verbal se compone de 7 ítems. El indicador más representativo se ubica en el ítem 12, que mide los cambios en la apariencia, en las energías o en el sueño de las personas que tienen en mente suicidarse (Balt et al., 2021); seguido por el ítem 13, referido a las distintas formas de autolesiones con motivos suicidas (Bagge et al., 2022; Silverman et al., 2007); el ítem 7, obsequios de pertenencias valiosas como símbolo de despedida (Ministerio de Salud, 2022); el ítem 11, cerrar

asuntos personales o familiares (Bagge et al., 2022; Zhou y Jia, 2012); el ítem 10, manifestaciones artísticas que expresan intenciones suicidas (Balt et al., 2021); el ítem 9, redacción de un plan suicida (Balt et al., 2021; Silverman et al., 2007); y el ítem 8, elaboración de notas, cartas o videos de despedida (Balt et al., 2021; Zhou y Jia, 2012). Este factor quedaría definido como una comunicación implícita que anticipa un posible suicidio, donde el comunicador realiza cambios comportamentales notorios, autolesiones, cierre de asuntos personales o producciones escritas o grabadas sobre sus intenciones de suicidio.

El factor virtual tiene 3 ítems. El indicador con mayor carga factorial correspondió al ítem 15, referido al uso de redes sociales para compartir información sobre métodos para suicidarse (Dunlop et al., 2011; Molina y Restrepo, 2018). Le sigue el ítem 14, que refleja la comunicación en redes sociales del posible suicidio (Carlyle et al., 2018); y el ítem 16, participación en grupos o foros virtuales que tienen en común la idea de quitarse la vida (Balt et al., 2021; Carlyle et al., 2018; Dunlop et al., 2011; Molina y Restrepo, 2018). La comunicación virtual había sido un tema pendiente en las investigaciones sobre comunicación suicida (Fulginiti et al., 2019). Esta dimensión quedó definida como la expresión de pensamientos suicidas mediante redes sociales y foros en línea, en las cuales, los comunicadores comparten información sobre el suicidio en general o sobre su propio suicidio.

Es importante notar que estas tres dimensiones presentan correlaciones significativas moderadas, pero cuando se analiza la red de asociaciones con las otras variables, presentan baja o moderada intensidad, esto quiere decir que en algunos adolescentes la presencia de un factor (p.ej., comunicación virtual), podría aparecer sin la presencia de otro factor (p.ej., comunicación verbal). Asimismo, la correlación entre la dimensión no verbal y virtual es ligeramente más alta, probablemente porque expresan las intenciones suicidas de manera indirecta o implícita (Balt et al., 2021; Frey et al., 2019).

Por otro lado, la correlación con otras variables se realizó a través del análisis de redes, donde se identificó que la comunicación no verbal y la comunicación virtual tuvieron una mayor conexión con los otros dominios de la red (ideación suicida y regulación conductual de las emociones), ya que fueron las más centrales dentro del dominio de comunicación suicida. Estas se conectan por medio de una relación inversa con los nodos de ideación suicida positiva e ignorar el problema, siendo esta última una de las variables más centrales en toda la red. Acerca de la primera variable, se encontró que existe una relación inversa leve entre comunicación no verbal e ideación suicida positiva. Esto reflejaría que cuando una persona expresa intenciones suicidas (p.ej., regalar pertenencias valiosas, escribir un plan suicida), puede estar percibiendo pocos factores protectores para lidiar con el suicidio (p.ej., esperanza, sentido de vida).

El hecho de que las otras dimensiones de comunicación suicida no muestren correlaciones significativas con ideación suicida puede deberse a que casi la mitad de las personas con ideación suicida no comunican sus ideas suicidas (Calear y Batterham, 2019; Hallford et al., 2023; Paraschakis et al., 2015; Pompili et al., 2016). Muchas veces no se comunican los pensamientos suicidas a causa del estigma existente en la sociedad (Sheehan et al., 2019). Incluso, pueden existir barreras personales (p.ej., pensar que no se cumple con los estándares de personas significativas) que impiden revelar los pensamientos suicidas (Rasmussen et al., 2018). Además, se ha reportado que los receptores de la comunicación suicida pueden interpretar erróneamente el mensaje y pueden dar por terminada la comunicación (Owen et al., 2012). Incluso, en ocasiones, las respuestas a la revelación suicida se consideran poco útiles (Calear y Batterham, 2019).

Algunos de estos motivos pueden ser importantes especialmente en la muestra del estudio, compuesta por adolescentes de una zona andina y rural peruana. Diversos estudios han encontrado que, en zonas rurales, el estigma (Schroeder et al., 2021) y la falta de acceso a la atención en salud (Hirsch et al., 2014) pueden afectar la

salud mental. Estas circunstancias pueden generar que no exista un efecto directo entre ideación y comunicación suicida. Nuevas investigaciones pueden considerar estas variables en una ecuación más compleja, considerar otras variables, como la funcionalidad familiar y la autoestima (Benavides-Mora et al., 2019), y abarcar nuevas poblaciones, por ejemplo, hospitalarias (Otero et al., 2022).

Acerca de la segunda variable, se encontró una relación inversa leve, entre comunicación virtual e ignorar el problema. Este es un hallazgo que debería compararse en futuras investigaciones, ya que se podría pensar que cuando un adolescente forma parte de una comunidad virtual sobre el suicidio (ítem 16), comparte información virtual sobre el suicidio (ítem 15), o escribe comentarios en redes sociales sobre su posible suicidio (ítem 14), estaría regulando su comportamiento o reflejando interés en su suicidio. Posiblemente la comunicación suicida virtual es la más importante en los jóvenes que usan mucho las redes sociales y que no tienen desarrolladas sus habilidades sociales, materia de futuras investigaciones. Además, algunos modelos sobre el suicidio en la adolescencia reconocen el uso patológico del internet y de las redes sociales como un factor de riesgo (Molina y Restrepo, 2018).

Por otro lado, no se encontraron relaciones significativas entre las demás dimensiones de estas variables. Esto va acorde con la literatura científica, ya que se ha encontrado que la comunicación suicida tiene como función principal la de disolver la ambivalencia frente al suicidio antes que la de regular emociones (Schuler et al., 2022). Además, estudios similares han encontrado que no existen relaciones significativas entre rasgos de personalidad y comunicación suicida (Schuler et al., 2020). Los resultados revelan que sigue siendo necesario emprender proyectos para investigar la asociación entre la comunicación suicida y otras variables, como la ambivalencia suicida, aunque también sería importante indagar sobre la relación entre la comunicación suicida y otras formas de regulación emocional, como la cognitiva (Flores-Kanter et al., 2019).

En cuanto a la invarianza de medición, se encontró que el instrumento construido es invariante según género y que no existen diferencias significativas en la comunicación suicida entre hombres y mujeres, lo cual va acorde con estudios previos (Paraschakis et al., 2015). Futuros estudios podrán investigar el rol de otras variables sociodemográficas en la comunicación suicida, tales como el estado civil, la edad, el nivel educativo y económico.

Esta investigación no está exenta de limitaciones. Primero, la muestra intencional de adolescentes pertene-

cientes a centros educativos de una zona andina rural de Perú. En su mayoría, esta muestra estuvo conformada por adolescentes sin diagnóstico clínico y sin tratamiento psicológico y psiquiátrico. Esta selección de la muestra pudo haber influido en que el ítem 1, referido a la conversación con profesionales de la salud, haya resultado con menor carga factorial. Futuras investigaciones podrán hacer una selección de adolescentes en tratamiento psicológico o psiquiátrico. Segundo, la heterogeneidad y complejidad del constructo (Pompili et al., 2016). Por ejemplo, la amenaza de suicidio y los planes suicidas pueden expresarse de forma verbal, no verbal y virtual; sin embargo, se optó por incluirlas sólo en una de estas dimensiones, proponiendo una definición operacional y parsimoniosa. Tercero, la confiabilidad del BERQ, que no resultó óptima, pudo haber influido en las bajas correlaciones con la comunicación suicida. Futuros estudios podrán emplear otros instrumentos para comparar estos hallazgos.

Finalmente, el producto de esta investigación representa un avance en la medición y la definición conceptual de la comunicación suicida, considerando que en ocasiones esta variable ha sido estudiada con un solo ítem o con un solo factor (p.ej., comunicación verbal) o que sus dimensiones habían sido estudiadas por separado (Paraschakis et al., 2015; Schuler et al., 2020). Así, se propone un instrumento para medir la comunicación personal relacionada al suicidio, cuyas propiedades psicométricas avalan su uso en futuras investigaciones.

Conflicto de interés

Los autores declaran no tener conflicto de intereses.

Referencias

- American Psychological Association (2017). *Ethical principles of psychologists and code of conduct* (2002, amended effective June 1, 2010, and January 1, 2017). <https://www.apa.org/ethics/code/index.html>
- Bahamón, M. J., Alarcón-Vásquez, Y., Trejos-Herrera, A. M., Vinaccia, S., Cabezas, A., y Sepúlveda-Aravena, J. (2019). Efectos del programa CIPRES sobre el riesgo suicida en adolescentes. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 24(2), 83-91. <https://doi.org/10.5944/rppc.23667>
- Bage, C. L., Littlefield, A. K., Wiegand, T. J., Hawkins, E., Trim, R. S., Schumacher, J. A., Simons, K., & Conner, K. R. (2022). A controlled examination of acute warning signs for suicide attempts among hospitalized patients. *Psychological Medicine*, 53, 2768-2776. <https://doi.org/10.1017/S0033291721004712>
- Balt, E., Mérelle, S., van Bergen, D., Gilissen, R., van der Post, P., Looijmans, M., Creemers, S., Rasing, S., Mulder, W., van Domburgh, L., & Popma, A. (2021). Gender differences in suicide-related communication of young suicide victims. *PLoS One*, 16(5), 1-18. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0252028>
- Bandalos, D., & Finney, S. (2010). *The reviewer's guide to quantitative methods in the social sciences* (2ª ed.). Routledge.
- Benavides-Mora, V. K., Villota-Melo, N. G., y Villalobos-Galvis, F. H. (2019). Conducta suicida en Colombia: Una revisión sistemática. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 24(3), 181-195. <https://doi.org/10.5944/rppc.24251>
- Bustamante, F., y Florenzano, R. (2013). Programas de prevención del suicidio adolescente en establecimientos escolares: Una revisión de la literatura. *Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría*, 51(2), 126-136. <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-92272013000200006>
- Callear, A. L., & Batterham, P. J. (2019). Suicidal ideation disclosure: Patterns, correlates, and outcome. *Psychiatry Research*, 278, 1-6. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2019.05.024>
- Carlyle, K. E., Guidry, J. P. D., Williams, K., Tabaac, A., & Perrin, P. B. (2018). Suicide conversations on Instagram™: Contagion or caring? *Journal of Communication in Healthcare*, 11(1), 12-18. <https://doi.org/10.1080/17538068.2018.1436500>
- Centers for Disease Control and Prevention (2023). *10 Leading Causes of Death, United States*. <https://wisqars.cdc.gov/data/lcd/home>
- Chen, F. F. (2007). Sensitivity of goodness of fit indexes to lack of measurement invariance. *Structural Equation Modeling*, 14(3), 464-504. <https://doi.org/10.1080/10705510701301834>
- Dominguez-Lara, S., Navarro-Loli, J. S., Ariza-Cruz, C., Medrano, L. A., y Manrique-Millones, D. (2022). Análisis psicométrico del Cuestionario de Regulación Conductual de las Emociones en universitarios peruanos. *Acta Colombiana de Psicología*, 25(1), 72-86. <https://www.doi.org/10.14718/ACP.2022.25.1.6>
- Dunlop, S. M., More, E., & Romer, D. (2011). Where do youth learn about suicides on the Internet, and what influence does this have on suicidal ideation? *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 52(10), 1073-1080. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2011.02416.x>
- Escobedo, M. J., Hernández, J. A., Estebané, V., y Martínez, G. (2016). Modelos de ecuaciones estructurales: Características, fases, construcción, aplicación y resultados. *Ciencia & Trabajo*, 18(55), 16-22. <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-24492016000100004>
- Flores-Kanter, P., García-Batista, Z., Moretti, L., & Medrano, L. (2019). Towards an Explanatory Model of Suicidal Ideation: The Effects of Cognitive Emotional Regulation Strategies, Affectivity and Hopelessness. *The Spanish Journal of Psychology*, 22, 1-11. <https://doi.org/10.1017/sjp.2019.45>
- Foygel, R., & Drton, M. (2010). Extended Bayesian information criteria for Gaussian graphical models. *Advances in Neural Information Processing Systems*, 23(1), 2020-2028. <https://doi.org/10.48550/arXiv.1011.6640>
- Frey, L. M., & Fulginiti, A. (2017). Talking about suicide may not be enough: Family reaction as a mediator between disclosure and interpersonal needs. *Journal of Mental Health*, 26(4), 366-372. <https://doi.org/10.1080/09638237.2017.1340592>
- Frey, L. M., Fulginiti, A., Sheehan, L., Oexle, N., Stage, D. L., & Stohlmann-Rainey, J. (2019). What's in a word? Clarifying terminology on suicide-related communication. *Death*

- Studies*, 44(12), 808-818. <https://doi.org/10.1080/07481187.2019.1614111>
- Frey, L. M., Hans, J. D., & Cerel, J. (2015). Suicide Disclosure in Suicide Attempt Survivors: Does Family Reaction Moderate or Mediate Disclosure's Effect on Depression? *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 46(1), 96-105. <https://doi.org/10.1111/sltb.12175>
- Frey, L. M., Higgins, G. E., & Fulginiti, A. (2018). Testing the psychometric properties of the self-harm and suicide disclosure scale. *Psychiatry Research*, 270, 134-142. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2018.09.016>
- Fulginiti, A., Pahwa, R., & Frey, L. M. (2019). Sharing suicidal thoughts in social networks: a multi-level perspective of disclosure among people with serious mental illness in India. *International Journal of Mental Health*, 48(3), 197-216. <https://doi.org/10.1080/00207411.2019.1664259>
- Galarza, A. L., Fernandez-Liporace, M. M., Castañeiras, C. E., y Freiberg-Hoffmann, A. (2021). Diseño y análisis psicométrico de una escala para evaluar riesgo suicida en adolescentes argentinos. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 26(3), 203-216. <http://dx.doi.org/10.5944/rppc.28625>
- Hagell, P., & Westergren, A. (2006). The significance of importance: An evaluation of Ferrans and Powers' quality of life index. *Quality of Life Research*, 15(5), 867-876. <https://doi.org/10.1007/s11136-005-5467-y>
- Hallford, D. J., Rusanov, D. J., Winestone, B., Kaplan, R., Fullertyszkiewicz, M., & Melvin, G. (2023). Disclosure of suicidal ideation and behaviours: A systematic review and meta-analysis of prevalence. *Clinical Psychology Review*, 101, 1-18. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2023.102272>
- Herrero, J. (2010). El análisis factorial confirmatorio en el estudio de la estructura y estabilidad de los instrumentos de evaluación: Un ejemplo con el Cuestionario de Autoestima CA-14. *Intervención Psicosocial*, 19(3), 289-300. <https://doi.org/10.5093/in2010v19n3a9>
- Hirsch, J. K., & Cukrowicz, K. C. (2014). Suicide in rural areas: An updated review of the literature. *Journal of Rural Mental Health*, 38(2), 65-78. <https://doi.org/10.1037/rmh0000018>
- Hu, L., & Bentler, P. M. (1999). Cutoff criteria for fit indexes in covariance structure analysis: Conventional criteria versus new alternatives. *Structural Equation Modeling*, 6(1), 1-55. <https://doi.org/10.1080/10705519909540118>
- Kraaij, V., & Garnerfski, N. (2019). The Behavioral Emotion Regulation Questionnaire: Development psychometric properties and relationships with emotional problems and the Cognitive Emotion Regulation Questionnaire. *Personality and Individual Differences*, 137, 56-61. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2018.07.036>
- Li, A., & Jiao, D. (2023). Mind the gap: Exploring differences in suicide literacy between cybersuicide and offline suicide. *Frontiers in Public Health*, 10, 1-8. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2022.1061590>
- Ly, A., Raj, A., Etz, A., Marsman, M., Gronau, Q. F., & Wagenmakers, E. (2018). Bayesian reanalyses from summary statistics: A guide for academic consumers. *Advances in Methods and Practices in Psychological Science*, 1(3), 367-374. <https://doi.org/10.1177/2515245918779348>
- McNally, R. J. (2021). Network analysis of psychopathology: Controversies and challenges. *Annual Review of Clinical Psychology*, 17, 31-53. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-081219-092850>
- Ministerio de Salud (2022). *Pautas para la prevención del suicidio en mi comunidad*. <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/5689.pdf>
- Ministerio de Salud (2023). *Información de Fallecidos del Sistema Informático Nacional de Defunciones - SINADEF*. <https://www.datosabiertos.gob.pe/dataset/informaci%C3%B3n-de-fallecidos-del-sistema-inform%C3%A1tico-nacional-de-defunciones-sinadef-ministerio>
- Molina, M. J., y Restrepo, D. (2018). Internet y comportamiento suicida en adolescentes: ¿Cuál es la conexión? *Pediatría*, 51(2), 30-39. <https://doi.org/10.14295/pediatr.v51i2.109>
- Opsahl, T., Agneessens, F., & Skvoretz, J. (2010). Node centrality in weighted networks: generalizing degree and shortest paths. *Social Networks*, 32(3), 245-251. <https://doi.org/10.1016/j.socnet.2010.03.006>
- Organización Mundial de la Salud (2021). *Una de cada 100 muertes es por suicidio*. OMS. <https://www.who.int/es/news/item/17-06-2021-one-in-100-deaths-is-by-suicide>
- Osman, A., Gutiérrez, P. M., Kopper, B. A., Barrios, F. X., & Chiros, C. E. (1998). The Positive and Negative Suicide Ideation Inventory: Development and validation. *Psychological Reports*, 82(3), 783-793. <https://doi.org/10.2466%2Fpr0.1998.82.3.783>
- Otero, A., Vergel, J., Gasca, R. A., y Ocampo, C. (2022). Factores de riesgo suicida intra-hospitalario: Un estudio de casos y controles. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 27(2), 121-128. <https://doi.org/10.5944/rppc.29965>
- Owen, G., Belam, J., Lambert, H., Donovan, J., Rapport, F., & Owens, C. (2012). Suicide communication events: Lay interpretation of the communication of suicidal ideation and intent. *Social Science & Medicine*, 75(2), 419-428. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2012.02.058>
- Paraschakis, A., Michopoulos, I., Christodoulou, C., Koutsaftis, F., & Douzenis, A. (2015). Characteristics of suicide victims who had verbally communicated suicidal feelings to their family members. *Psychiatria Danubina*, 27(3), 230-235. <https://hrcak.srce.hr/file/239517>
- Pompili, M., Belvederi Murri, M., Patti, S., Innamorati, M., Lester, D., Girardi, P., & Amore, M. (2016). The communication of suicidal intentions: A meta-analysis. *Psychological Medicine*, 46(11), 2239-2253. <https://doi.org/10.1017/S0033291716000696>
- Ramos-Vera, C. A. (2021). The Bayes Factor, a Suitable Complement beyond Values of $p < 0.05$ in Nursing Research and Education. *Investigación y Educación en Enfermería*, 39(1), 1-3. <https://doi.org/10.17533/udea.iee.v39n1e14>
- Rasmussen, M. L., Hjelmeland, H., & Dieserud, G. (2018). Barriers toward help-seeking among young men prior to suicide. *Death Studies*, 42(2), 96-103. <https://doi.org/10.1080/07481187.2017.1328468>
- Rodas-Vera, N. M., Toro, R., y Flores-Kanter, P. E. (2021). Inventario de Ideación Suicida Positiva y Negativa (PANSI): Propiedades Psicométricas en Universitarios Peruanos. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación - e Avaliação Psicológica*, 3(60), 27-39. <https://doi.org/10.21865/RIDEP60.3.03>
- Roman-Lazarte, V., Moncada-Mapelli, E., y Huarcaya-Victoria, J. (2021). Evolución y diferencias en las tasas de suicidio en

- Perú por sexo y por departamentos, 2017-2019. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 52(3), 185-192. <https://doi.org/10.1016/j.rcp.2021.03.005>
- Schuler, K. R., Baer, M. M., McDermott, R. C., & Smith, P. N. (2022). A Psychometric Pilot Study Examining the Functions of Suicidal Communications Using IRT and Factor Analysis. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(16), 10081. <https://doi.org/10.3390/ijerph191610081>
- Schuler, K. R., Basu, N., Fadoir, N. A., Marie, L., & Smith, P. N. (2020). Forms of suicide communication are not associated with five-factor personality. *Journal of Aggression, Conflict and Peace Research*, 12(2), 45-54. <https://doi.org/10.1108/JACPR-12-2019-0465>
- Sheehan, L., Oexle, N., Armas, S. A., Wan, H. T., Bushman, M., Glover, L., & Lewy, S. A. (2019). Benefits and risks of suicide disclosure. *Social Science & Medicine*, 223, 16-23. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2019.01.023>
- Schroeder, S., Tan, C. M., Urlacher, B., & Heitkamp, T. (2021). The role of rural and urban geography and gender in community stigma around mental illness. *Health Education & Behavior*, 48(1), 63-73. <https://doi.org/10.1177/1090198120974963>
- Silverman, M. M., Berman, A. L., Sanddal, N. D., O'Carroll, P. W., & Joiner, T. E. (2007). Rebuilding the Tower of Babel: A Revised Nomenclature for the Study of Suicide and Suicidal Behaviors Part 2: Suicide-Related Ideations, Communications, and Behaviors. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 37(3), 264-277. <https://doi.org/10.1521/suli.2007.37.3.264>
- Val, A., & Míguez, M. C. (2021). La prevención de la conducta suicida en adolescentes en el ámbito escolar: Una revisión sistemática. *Terapia Psicológica*, 39(1), 145-162. <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-48082021000100145>
- Viladrich, C., Angulo-Brunet, A., y Doval, E. (2017). Un viaje alrededor de alfa y omega para estimar la fiabilidad de consistencia interna. *Annals of Psychology*, 33(3), 755-782. <https://doi.org/10.6018/analesps.33.3.268401>
- Zhou, X. M., & Jia, S. H. (2012). Suicidal communication signifies suicidal intent in Chinese completed suicides. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 47(11), 1845-1854. <https://doi.org/10.1007/s00127-012-0488-7>

Anexo 1. Escala de comunicación suicida (ECS)

A continuación, se presentan formas en las que una persona puede comunicar sus ideas suicidas.

Responde según tu caso (Sí o No). No hay respuestas buenas o malas. Considera responder en función de los últimos 6 meses.

Nº	Ítems	SÍ	NO
1	He conversado con un profesional (psicólogo/a, psiquiatra, trabajador/a social, etc.) sobre mis ideas suicidas.		
2	He hablado con alguien cercano (pareja, familia, amigo/a) sobre mis pensamientos de querer estar muerto/a.		
3	He amenazado con suicidarme.		
4	He comunicado a alguna persona mi preocupación sobre mi posible suicidio.		
5	Le he contado a alguien cercano (pareja, familia, amigo/a) mis intenciones de quitarme la vida.		
6	Dedico tiempo en conversar u opinar sobre la muerte, los suicidios, la reencarnación o sobre no llegar a ser anciano/a.		
7	He obsequiado pertenencias valiosas como despedida porque pienso quitarme la vida.		
8	He elaborado notas, cartas o videos de despedida debido a mi posible suicidio.		
9	He escrito un plan de cómo terminar con mi vida (posibles fechas, lugares o métodos).		
10	Hago dibujos, pinturas o canciones que reflejan mis intenciones de asesinarme o de estar muerto/a.		
11	Estoy dejando “todo en orden” (familia, negocios, etc.) ya que estoy planeando morir.		
12	He cambiado drásticamente mi apariencia o mis horas de sueño por motivo de mis ideas suicidas.		
13	Me he hecho daño a mí mismo/a (cortes en la piel, autointoxicación, no comer por mucho tiempo, tomar demasiadas pastillas, etc.) con el fin de acercarme a mi muerte.		
14	He escrito en mi muro o en mis historias de redes sociales (WhatsApp, Instagram, Facebook u otros) uno o varios comentarios sobre mi posible suicidio.		
15	He compartido en mis redes sociales, información sobre cómo una persona podría quitarse la vida.		
16	Formo parte de grupos o foros en redes sociales que tienen pensado quitarse la vida.		

Nota. Clave de corrección: se suman los ítems correspondientes a cada dimensión. Comunicación suicida verbal: 1, 2, 3, 4, 5, 6. Comunicación suicida no verbal: 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13. Comunicación suicida virtual: 14, 15, 16. Sí: 1, No: 0.