

ADAPTACIÓN Y PROPIEDADES PSICOMÉTRICAS DE LA ESCALA DE SUICIDIO DE PAYKEL EN ADULTOS VENEZOLANOS

AYSBEL GONZÁLEZ Álvarez
<https://orcid.org/0009-0004-2686-6889>
aysbel.gonzalez@gmail.com

LUIS BRITO
<https://orcid.org/0000-0002-7125-8880>
psibritol@gmail.com

Universidad Central de Venezuela. Caracas, Venezuela

Resumen

El suicidio representa un problema de salud pública mundial que afecta a personas de todas las edades. En Venezuela, la escasez de instrumentos estandarizados para medir la conducta suicida limita la detección temprana y la investigación. El presente estudio tuvo como objetivo adaptar psicométricamente la Escala de Suicidio de Paykel en adultos venezolanos. Se realizó una investigación de tipo instrumental, con un diseño no experimental y transversal, utilizando un muestreo no probabilístico. El análisis de validez de contenido a través de la valoración de expertos teóricos resultó en una versión final de 7 *ítems*, lingüística y conceptualmente pertinente. El análisis factorial confirmatorio corroboró una estructura interna unidimensional con excelentes *índices* de ajuste, tanto para el modelo de ideación suicida (6 *ítems*) como para el de conducta suicida (7 *ítems*). Se obtuvo evidencia robusta de validez convergente, divergente y diagnóstica, demostrando la capacidad del instrumento para diferenciar entre grupos clínicos y no clínicos y su relación con constructos afines. Finalmente, la escala mostró una alta consistencia interna, confirmando su confiabilidad. Se concluye que la PSS-V es una herramienta breve, válida y confiable, que optimiza la identificación de población en riesgo en Venezuela y constituye un aporte para la intervención clínica y la investigación.

Palabras clave: Adaptación Psicométrica, Ideación Suicida, Conducta Suicida, Propiedades Psicométricas, Validez, Confiabilidad

Recibido: 28 de abril de 2025

Aceptado: 31 de julio de 2025

Publicado: 01 de diciembre de 2025



ADAPTATION AND PSYCHOMETRIC PROPERTIES OF THE PAYKEL SUICIDE SCALE IN VENEZUELAN ADULTS

AYSBEL GONZÁLEZ Álvarez

<https://orcid.org/0009-0004-2686-6889>

aysbel.gonzalez@gmail.com

LUIS BRITO

<https://orcid.org/0000-0002-7125-8880>

psibritol@gmail.com

Universidad Central de Venezuela. Caracas, Venezuela

Abstract

Suicide constitutes a global public health concern affecting individuals across all age groups. In Venezuela, the limited amount of standardized assessment tools for assessing suicidal behavior limits early detection and research. This study aimed to adapt the Paykel Suicide Scale (PSS) for Venezuelan adults and to examine its psychometric properties. An instrumental, non-experimental, cross-sectional design was conducted using non-probability sampling. Content validity, evaluated by a panel of subject-matter experts, resulted in a final linguistically and conceptually appropriate 7-item version (PSS-V). A Confirmatory Factor Analysis (CFA) supported a unidimensional structure with excellent model-fit indices for both the suicidal ideation (6 items) and suicidal behavior (7 items) models. Robust evidence of convergent, divergent, and diagnostic validity demonstrated the scale's capacity to differentiate between clinical and non-clinical groups, and its associations with related constructs. The scale also demonstrated high internal consistency, confirming its reliability. In conclusion, the PSS-V is a brief, valid, and reliable instrument that improves the identification of at-risk populations in Venezuela, and provides a valuable contribution to clinical practice and research.

Key words: Scale Adaptation, Suicidal Ideation, Suicidal Behavior, Psychometric Properties, Validity, Reliability

Received: April 28, 2025

Accepted: July 31, 2025

Published: Dec. 01, 2025

INTRODUCCIÓN

Se considera suicidio a toda muerte autoinfligida por lesión, envenenamiento o asfixia, siempre que exista evidencia de la intención de la persona de terminar con su vida. Para que una muerte sea clasificada como suicidio, deben concurrir los siguientes elementos: que la conducta resulte en la muerte, que la iniciativa provenga del individuo, que el agente desempeñe un rol activo o pasivo y que la intención explícita sea poner fin a la vida (Silverman et al., 2007; Mayo, 1992).

Dada esta compleja realidad y sus devastadoras consecuencias, no sorprende que el suicidio represente un problema de salud pública que afecta al individuo, a su familia y a su comunidad, lo que genera un impacto negativo de gran magnitud en el bienestar de la población (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2021). La OMS (2025) reporta que cada año 727 000 personas se quitan la vida y destaca que, si bien el suicidio puede ocurrir a cualquier edad, es la tercera causa más frecuente de muerte en personas de 15 a 29 años a nivel mundial.

En Latinoamérica, si bien las estadísticas de suicidio varían entre países, estas expresan cifras altamente relevantes. Por ejemplo, en Colombia, desde 2021, las muertes por suicidio mostraron un aumento del 11% respecto a años anteriores. El Instituto Nacional de Salud de Colombia (2023) reporta que en su mayoría las personas que intentaron suicidarse se ubican en un rango de edad de 15 a 24 años, tenían presencia de trastornos psiquiátricos o dificultades familiares o de pares.

En Ecuador, durante 2023, se registraron 1109 suicidios (cifra que denota un aumento en comparación con 2022) con una prevalencia mayor en hombres (Instituto Nacional de Estadística y Censo de Ecuador, 2023). Un patrón similar ese encontró en Perú, donde el 71.5% de los casos de intento de suicidio corresponde a personas de entre 15 y 34 años, con una concentración particular en el subgrupo de 20 a 29 años (Ministerio de Salud de Perú, 2022).

En Venezuela, el Observatorio Venezolano de Violencia (2024) en su Informe Anual de Violencia 2024, estimó 1962 muertes por suicidio para el año 2024, lo cual representa una tasa de 6.9 decesos por cada 100 000 habitantes. Respecto a la distribución por edad, se reportó que el 52.1% de los casos correspondieron a adultos (30-64 años), seguido por adultos mayores (19.5%) y finalmente, jóvenes y adultos jóvenes (18-29 años) que

en conjunto concentraron el 19%. Los casos en niños, niñas y adolescentes representaron el 9.4% del total.

Las cifras presentadas previamente constituyen un llamado de alerta para los profesionales de la salud mental y destacan la necesidad de una mayor comprensión de este fenómeno junto con una aproximación preventiva. En este contexto, es crucial comprender que el suicidio se enmarca en un concepto más amplio denominado conducta suicida.

La conducta suicida, implica un proceso psíquico con componentes tanto cognitivos como conductuales. A nivel conductual, se refiere a todo comportamiento autoinfligido potencialmente lesivo, como las autolesiones, las conductas preparatorias del acto suicida (e.g. notas de suicidio, arreglos funerarios, testamento), el intento de suicidio y el suicidio consumado (Silverman et al., 2007; OMS, 2014). A nivel cognitivo, hace referencia a la ideación suicida, la cual precede al suicidio. Esta se compone del deseo de morir, las ideas de muerte, la representación suicida (fantasía) y el plan suicida, el cual puede subdividirse en ideación sin plan, con plan inespecífico o con planificación elaborada (Pérez, 1999; Fonseca-Pedrero & Pérez de Albéniz, 2020).

La ideación suicida representa un componente fundamental dentro de la conducta suicida (OMS, 2023). Esto se debe a que la intencionalidad de morir, en ocasiones, no es completamente explícita y no siempre se dispone de antecedentes de intentos previos o comportamientos indicativos de una conducta suicida clara. En este contexto, los pensamientos suicidas adquieren gran relevancia, ya que su expresión, mediante el deseo de muerte o manifestaciones verbales de desesperanza y malestar psíquico, permite inferir la intencionalidad subyacente al acto suicida (Centers for Disease Control & Prevention [CDC], 1989).

Según Gómez (2020) la ideación suicida se define como el conjunto de pensamientos que expresan la intención de acabar con la propia vida o de otras vivencias mentales referidas al suicidio. Explica que es un paso previo al acto suicida, cuya manifestación puede ser explícita o inferirse mediante amenazas verbales o escritas. Complementariamente, Harmer et al. (2022) amplían esta conceptualización al entender la ideación suicida como un término que abarca pensamientos vinculados al deseo de morir, anhelos y preocupaciones relacionadas con la propia muerte. Se caracteriza por su notable heterogeneidad en intensidad, duración y motivaciones

individuales; por lo tanto, no existen pensamientos o ideas suicidas “típicas”. Sus manifestaciones pueden ir desde deseos fugaces de no despertar, el anhelo de reunirse con un ser querido fallecido, hasta preocupaciones de auto aniquilación intensamente perturbadoras. Así, las motivaciones que pueden culminar en un acto suicida rara vez siguen un patrón uniforme (Bellack & Siegel, 2000).

Beck et al. (1979) clasificó la ideación suicida en pasiva y activa, diferenciándolas por el nivel de intencionalidad y planificación:

- La *ideación suicida pasiva* se caracteriza por un deseo generalizado de morir sin un plan concreto para llevarlo a cabo. Como señalan Magno-Muro y Cruzado (2021), esto incluye un “deseo flotante” de no vivir, así como indiferencia ante una muerte accidental derivada de la omisión de acciones para preservar la vida (Harmer et al., 2022).
- La *ideación suicida activa*, en cambio, implica pensamientos suicidas específicos y conscientes, donde la persona manifiesta un deseo explícito de autolesionarse, junto con la formulación de un plan. Esta forma se considera clínicamente más grave debido a su asociación con un mayor riesgo de conducta suicida (Magno-Muro & Cruzado, 2021; Harmer et al., 2022).

Según Pérez (1999), este fenómeno puede manifestarse de diversas formas, que abarca desde pensamientos menos estructurados hasta planes detallados:

1. Deseo de morir: “*La vida no vale la pena*”, “*Sería más fácil si muriera*”.
2. Representación suicida: “*Me imaginé matándome con un arma*”.
3. Ideación autodestructiva sin plan específico: “*Voy a matarme, no sé cómo, pero lo haré*”.
4. Ideación suicida con un plan inespecífico: “*Me mataré de cualquier manera posible*”.
5. Ideación suicida con planificación determinada: “*He pensado comprar pastillas y tomármelas*”.

La ideación suicida representa un estado de vulnerabilidad crítica, que funciona tanto como indicador temprano de riesgo suicida como puerta de entrada al espectro de conductas autolesivas.

El componente final de la conducta suicida lo constituye el acto suicida, que engloba las autolesiones, la muerte autoinfligida no intencionada, el intento de suicidio y el suicidio consumado (Silverman et al., 2007). Dentro de este espectro, la autolesión se define como una conducta autoinfligida que genera daño físico sin una intención explícita de morir; si una autolesión resulta en la muerte, se clasifica como muerte autoinfligida no intencionada, dada la ausencia de intención letal (Silverman et al., 2007).

El intento suicida se conceptualiza de diversas maneras. Según Gómez (2020) y en línea con O'Carroll et al. (1996) y Silverman et al. (2007), se refiere a toda conducta autoinfligida potencialmente lesiva que no resulta fatal, pero cuya intención es provocar la muerte. Aguilar et al. (2020) lo define como cualquier acción por la cual el individuo se causa una lesión casi mortal, independientemente de la letalidad del método empleado o de la intención real. Finalmente, el suicidio consumado es el componente más grave de la conducta suicida, ya que implica la pérdida física de la vida (Silverman et al., 2007).

Esta relación jerárquica, desde la ideación hasta el acto, subraya la importancia de una detección temprana y medición precisa, particularmente mediante instrumentos validados que evalúen, la presencia y gravedad de los pensamientos suicidas, su evolución temporal y los factores de riesgo asociados (edad, desesperanza, impulsividad).

Estos elementos son fundamentales para diseñar intervenciones preventivas efectivas, ya que permiten identificar puntos críticos donde la intervención puede interrumpir la progresión hacia conductas de mayor riesgo (O'Connor & Portzky, 2018; OMS, 2021).

En este contexto, contar con instrumentos de medición estandarizados, juega un papel central al permitir identificar y caracterizar los matices y dimensiones del riesgo suicida. Una evaluación psicológica precisa contribuye a una comprensión más integral de la conducta suicida y facilita el desarrollo de estrategias de intervención efectivas.

A pesar de la disponibilidad de diversos instrumentos para evaluar la conducta suicida, muchos adoptan un enfoque que abarca todo el espectro (desde la ideación hasta los intentos), lo que puede llevar subestimar la ideación suicida por priorizar el estudio de conductas observables. Para abordar esta limitación, se seleccionó la Escala de Suicidio de Paykel (PSS) (Paykel et al., 1974) adaptada por Fonseca-Pedrero et al. (2018), por su capacidad para

evaluar de forma jerárquica los componentes centrales de la ideación suicida. Sus ítems de intensidad creciente permiten discriminar etapas clave de la conducta suicida que van desde la ideación suicida hasta la valoración del intento suicida.

Si bien la escala cuenta con adaptaciones validadas al castellano (Bousoño et al., 2017; Fonseca-Pedrero et al., 2018) y a otros idiomas (Meneese & Yutrzenka, 1990; Kaess et al., 2011; Maple et al., 2019), no se encontraron estudios psicométricos aplicados a la población venezolana, motivo por el cual se consideró como pertinente realizar una adaptación de la versión en castellano de Fonseca-Pedrero et al. (2018), con el fin de desarrollar una herramienta cultural y psicométricamente adecuada para adultos jóvenes venezolanos.

Por lo tanto, la presente investigación se propone la adaptación de un instrumento psicométrico que permita medir de manera válida y confiable la ideación y la conducta suicida en adultos venezolanos. Lo anterior permitirá contar con una herramienta clave para la identificación temprana de riesgo, la toma de decisiones clínicas basadas en evidencia y el diseño de estrategias preventivas para abordar un problema crítico de salud pública. Su relevancia trasciende el ámbito clínico y contribuye al avance de la investigación científica mediante una comprensión más integral de la conducta suicida.

MÉTODO

DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

El estudio fue de tipo instrumental, ya que tiene como objetivo realizar una adaptación cultural y psicométrica de la Escala de Suicidio de Paykel, se realizó un diseño no experimental, ya que no se manipularon las variables de estudio y fue transversal, debido a que los datos fueron recolectados en un momento determinado (Ato et al., 2013; Kerlinger & Lee, 2002).

INSTRUMENTOS

Instrumento Para Adaptar: Escala de Suicidio de Paykel

Se utilizó la Escala de Suicidio de Paykel en su versión adaptada al contexto venezolano (PSS-V), desarrollada a partir de las versiones previas de la escala.

Originalmente, Paykel et al. (1974) diseñaron una entrevista estructurada para evaluar la prevalencia de ideación y conducta suicida. El instrumento consta de cinco ítems jerárquicos que exploran desde pensamientos pasivos hasta intentos suicidas concretos, con cuatro opciones de respuesta (a menudo, a veces, casi nunca o nunca). Las preguntas se refieren a distintos periodos temporales: la última semana, el último año y el curso de la vida. En su estudio inicial, aplicado a una muestra de 720 adultos en New Haven (Connecticut, EE. UU.), los autores encontraron una prevalencia anual del 8.9% de ideación suicida, con diferencias significativas por género (11.4% en mujeres frente a 5.7% en hombres). Además, observaron asociaciones positivas con sintomatología depresiva y aislamiento social, así como un patrón jerárquico donde las respuestas más graves solían incluir las menos graves.

La escala ha sido reconocida y adaptada en diferentes poblaciones. En este estudio se tomó como referencia la versión adaptada en jóvenes españoles por Fonseca-Pedrero y Pérez de Albéniz (2020). Esta adaptación utiliza un formato dicotómico (Sí/No) y ha mostrado adecuada calidad psicométrica. Los análisis factoriales exploratorios y confirmatorios evidenciaron una estructura unidimensional, con cargas factoriales apropiadas, lo que indica que todos los ítems contribuyen al factor latente. En los estudios de validez convergente, la escala correlacionó positivamente con síntomas de depresión, problemas emocionales y comportamentales y experiencias psicóticas atenuadas; en la validez divergente, correlacionó negativamente con bienestar psicológico y autoestima. En cuanto a la confiabilidad, se reportó un coeficiente Omega de $\omega = .82$ y una confiabilidad test-retest de $r = .61$ en un intervalo de tres meses.

Instrumento de Validación: Cuestionario de Salud del Paciente-9 (PHQ-9)

La depresión se midió mediante el Cuestionario de Salud del Paciente-9 (PHQ-9), un instrumento de autoreporte de 9 ítems, diseñado por Kroenke et al. (2001) para detectar y determinar la intensidad de la depresión. Es una escala unidimensional que evalúa la presencia de síntomas depresivos durante las últimas dos semanas, mediante frases que se responden en una escala tipo Likert de 4 puntos que va desde 0 = “Nunca” hasta 3 = “Casi a diario”. El rango de puntuaciones oscila entre 0 y 27, donde valores más altos indican mayor sintomatología depresiva. Para la interpretación de los resultados, se adoptó como criterio el punto de corte ≥ 10 , el cual

ha demostrado resultados adecuados para el diagnóstico en la población venezolana (Leyva et al., 2025).

El cuestionario cuenta con estudios de validez y confiabilidad en Venezuela. En este sentido, Borges (2018) realizó una adaptación cultural del instrumento, ajustando la opción de respuesta “*Casi cada día*” a “*Casi a diario*”; reportó correlaciones positivas con constructos relacionados que dan cuenta de su validez de constructo de tipo convergente y una consistencia interna adecuada ($\alpha = .789$; dos mitades $r = .796$, $p < .05$).

*Instrumento de Validación:
Escala de Ansiedad Generalizada-7 (GAD-7)*

La ansiedad se evaluó mediante la Escala de Ansiedad Generalizada-7 (GAD-7), un instrumento unidimensional creado por Spitzer et al. (2006) para medir síntomas de ansiedad, desarrollado con base a los criterios diagnósticos del Trastorno de Ansiedad Generalizada del DSM-IV. Consta de 7 ítems que plantean diferentes problemas o situaciones relacionadas con este trastorno. Los participantes deben responder en función de la frecuencia con que experimentaron los síntomas durante las últimas dos semanas. El formato de respuesta corresponde a una escala tipo Likert de cuatro opciones: 0 = “*Nunca*”, 1 = “*Varios días*”, 2 = “*Más de la mitad de los días*” y 3 = “*Casi a diario*”. El puntaje total oscila entre 0 y 21, donde valores más altos reflejan mayores niveles de ansiedad.

Esta escala fue adaptada al contexto venezolano por Borges (2018), quien reportó adecuados indicadores de validez y confiabilidad. En cuanto a la validez de contenido, se realizó una evaluación por parte de cinco expertos, que recomendó un ajuste en la redacción de una de las opciones de respuesta (de “*Casi cada día*” a “*Casi a diario*”) para mayor adecuación cultural. La validez convergente mostró correlaciones positivas y altamente significativas entre la GAD-7 y el Cuestionario de Salud General de Goldberg (GHQ-28), lo que respalda su pertinencia teórica. En cuanto a la confiabilidad, la GAD-7 mostró una consistencia interna adecuada ($\alpha = .86$) y un coeficiente de dos mitades también satisfactorio ($r = .85$, $p < .05$). Estos valores corroboran la homogeneidad de los ítems y evidencian que la escala presenta propiedades psicométricas óptimas para su aplicación en población venezolana (Borges, 2018).

*Instrumento de Validación: Escala de Afectividad
Positiva y Negativa (PANAS)*

El afecto se evaluó mediante la Escala de Afecto Positivo y Negativo (PANAS), desarrollada originalmente por Watson et al. (1988). Está compuesta por 20 ítems distribuidos en dos dimensiones: afecto positivo (10 ítems) y afecto negativo (10 ítems). Cada ítem describe un estado afectivo y se responde en una escala Likert de 5 puntos, desde 1 = “*Nada o Casi Nada*” hasta 5 = “*Mucho*”, en función de cómo el participante se ha sentido en un período de tiempo específico.

Se utilizó la versión venezolana Baptista et al. (2020), la cual reportó adecuados indicadores psicométricos. La validez de contenido evaluada por jueces expertos fue excelente. El análisis factorial exploratorio confirmó la estructura bidimensional propuesta. En términos de validez convergente y divergente, la subescala de Afecto Negativo mostró correlaciones positivas con la ansiedad ($r = .30$, $p = .01$ en mujeres) y correlaciones negativas con dimensiones del bienestar psicológico. Por su parte, la subescala de Afecto Positivo presentó correlaciones más débiles en estos estudios. En cuanto a la confiabilidad, se obtuvo una consistencia interna alta, con coeficientes alfa de Cronbach de $\alpha = .89$ para el Afecto Positivo y $\alpha = .88$ para el Afecto Negativo; sin embargo, presentó valores bajos de estabilidad temporal para un intervalo de tiempo de 15 días.

En síntesis, la versión venezolana de la PANAS presenta buenas propiedades psicométricas, lo que lo hace un instrumento útil para evaluar los componentes básicos del afecto.

PARTICIPANTES

La población a la que se dirige este estudio estuvo conformada por adultos venezolanos, mayores de 18 años, de ambos géneros. Se empleó un muestreo no probabilístico de tipo intencional, lo que significa que la selección de los participantes no fue aleatoria ni se basó en procedimientos de probabilidad, sino que se realizó en función de su idoneidad para los objetivos de la investigación (Hernández et al., 2014).

La selección de participantes se llevó a cabo de manera presencial en instituciones de educación superior, clínicas, hospitales y ambulatorios con atención a pacientes de salud mental, así como en empresas y lugares de trabajo. Los participantes fueron estudiantes universitarios, pacientes y sus

acompañantes en los centros de salud y empleados en las empresas, quienes accedieron a ser entrevistados de forma voluntaria.

Dado que la investigación incluyó distintos análisis psicométricos, los participantes fueron distribuidos en muestras para cada fase, asegurando el cumplimiento de los requerimientos para cada fase. Por ejemplo, el Análisis Factorial Confirmatorio se realizó con $N = 526$, mientras que la validez convergente y el análisis de grupos contrastados se llevaron a cabo con una submuestra de $N = 258$. La Tabla 1 presenta un resumen de las características sociodemográficas de los participantes de cada estudio.

Tabla 1
Características sociodemográficas de las muestras en los distintos estudios psicométricos

Estudio / Análisis	N	% Femenino	% Masculino	Edad M (DE)	Rango de edad
Análisis de ítems cuantitativo	151	70.2%	29.8%	36.85 (18.39)	18–87
Análisis factorial confirmatorio	526	64.8%	35.2%	28.64 (13.83)	18–90
Validez convergente (Paykel y PHQ-9)	258	66.7%	33.3%	26.60 (12.39)	18–90
Validez convergente (Paykel y GAD-7)	268	63.1%	36.9%	30.61 (14.85)	18–81
Validez convergente-divergente (Paykel y PANAS)	467	63.6%	36.4%	28.33 (13.30)	18–81
Estudio de grupos contrastados	258	66.7%	33.3%	26.60 (12.39)	18–90
Validez diagnóstica	170	67.6%	32.4%	36.98 (17.51)	18–87
Estudio de confiabilidad: Consistencia interna	526	64.8%	35.2%	28.64 (13.83)	18–90

PROCEDIMIENTO

Se gestionó y obtuvo formalmente la autorización del Royal College of Psychiatrists, institución titular de los derechos de autor de la escala original desarrollada por Paykel et al. (1974), para adaptarla con fines estrictamente académicos y no comerciales. Como punto de partida, se empleó la versión traducida al español previamente elaborada por Fonseca-Pedrero y Pérez de Albéniz (2020), la cual sirvió como base para el proceso de adaptación lingüística y cultural de la PSS-V al contexto local.

Posteriormente, se llevó a cabo un proceso de validez de contenido mediante juicio de expertos, con el propósito de garantizar la pertinencia semántica y conceptual de los ítems. Para ello, un panel conformado por especialistas en psicología clínica, psicometría y salud mental evaluó cada reactivo en función de tres criterios fundamentales: relevancia, congruencia teórica y claridad en cuanto a la redacción. A partir de sus observaciones, se realizaron los ajustes lingüísticos y conceptuales necesarios para asegurar que los ítems conservaran el significado original, a la vez que resultaran comprensibles y culturalmente adecuados para la población objetivo.

Una vez concluida la revisión por juicio de expertos, se realizó una aplicación preliminar con un grupo reducido de participantes que cumplía con características sociodemográficas similares a la muestra objetivo. El propósito de esta fase fue evaluar la comprensión de los ítems, la claridad de las instrucciones y la adecuación del formato de respuesta.

Los resultados del pilotaje permitieron identificar dificultades menores de interpretación y redacción en algunos ítems, así como ajustes necesarios en la disposición visual del instrumento. En consecuencia, se efectuaron las correcciones pertinentes, orientadas a optimizar la claridad lingüística, la coherencia interna y la facilidad de administración de la escala, con el objetivo de asegurar su adecuación para la aplicación definitiva.

Posteriormente, se llevó a cabo la aplicación formal del PSS-V con el propósito de evaluar las propiedades psicométricas del instrumento. La administración se realizó de forma colectiva, en un entorno controlado que garantizara la confidencialidad y el bienestar de los participantes. La recolección de datos se efectuó previa obtención del consentimiento informado de los participantes, en cumplimiento de los principios éticos establecidos por la Declaración de Helsinki (2013). La participación fue voluntaria y se aseguró el anonimato de las respuestas. Se explicaron desde el inicio los objetivos del estudio y el carácter académico de la investigación.

Los datos obtenidos fueron posteriormente sometidos a análisis estadísticos para determinar la calidad psicométrica del instrumento.

ANÁLISIS DE DATOS

El procesamiento de los datos se realizó en varias etapas. En primer lugar, se llevó a cabo una fase de depuración de la base de datos. Se excluyeron

los casos que no cumplían con los criterios de inclusión de la muestra (como ser mayor de 18 años). Asimismo, se descartaron los protocolos que presentaban datos omitidos o respuestas inválidas (selección de dos opciones). Posteriormente, los análisis estadísticos correspondientes a los objetivos del estudio se ejecutaron utilizando el software IBM SPSS Statistics (versión 25), Jamovi (versión 2.7.6) y el entorno de programación R a través de la interfaz RStudio.

RESULTADOS

VALIDEZ DE CONTENIDO DE LA ESCALA DE SUICIDIO DE PAYKEL ADAPTADA A VENEZOLANOS (PSS-V)

Para determinar si los ítems que comprendían la Escala de Suicidio de Paykel en su versión española (Fonseca-Pedrero et al., 2020) eran adecuados para la evaluación de la ideación suicida en adultos venezolanos, se realizó una valoración del contenido de sus ítems a través del juicio de expertos. Esta revisión tuvo como objetivo verificar si cada ítem representaba adecuadamente al constructo, así como garantizar que el contenido de la escala se ajustara a la realidad venezolana y utilizara un lenguaje adaptado al contexto sociocultural del país, sin comprometer su equivalencia conceptual.

Para ello, se solicitó la valoración de los ítems a un conjunto de siete expertos, quienes fueron seleccionados por su sólida formación y experiencia en el área. Entre ellos, se incluyeron profesionales con Doctorado en Psicología, Maestría en Psicología de la Salud y Especialización en Psicología Clínica. Asimismo, se contó con Médicos Psiquiatras con experiencia en Psicoterapia. La mayoría de estos jueces son profesores universitarios con experiencia en investigación y en atención clínica en el área de tratamiento de pacientes con diagnósticos de trastornos mentales.

Con base en el modelo desarrollado por Lezama (2017), se diseñó un formulario de valoración en el que cada experto evaluó los ítems del instrumento conforme a los siguientes criterios: 1. Redacción, valorando si era *adecuada* (1) o *inadecuada* (0); 2. Correspondencia, indicando qué tan aplicable era el ítem al contexto venezolano mediante una escala de 1 (*no corresponde en nada*) a 10 (*totalmente aplicable*); y 3. Relevancia, valorando la importancia de cada reactivo para evaluar la variable en una escala de 1 (*nada relevante*) a 10 (*muy relevante*).

El nivel de relevancia de los ítems de la PSS para medir la ideación suicida evidenció ser muy alto (ver Tabla 2), debido a que se encontró un promedio de puntuaciones muy próximas o iguales a 10 y valores de V de Aiken cercanos a 1, lo que indica que los expertos consideraron que estos ítems eran esenciales e importantes en la evaluación de la ideación suicida. Esto implica que cada ítem resultó importante para detectar la presencia de ideación suicida en adultos venezolanos. Sin embargo, los expertos señalaron que, para ser congruentes con la definición de ideación suicida, el ítem 5 “¿Alguna vez has intentado quitarte la vida?”, evaluaba indicadores de conducta suicida más que de ideación. Por lo tanto, se propone considerarlo como un indicador independiente de la conducta suicida.

Respecto al nivel de correspondencia evidenciada por los ítems del instrumento, se encontró que el promedio de las puntuaciones otorgadas por los expertos era muy cercano a los 10 puntos, todos ellos contaron con valores de la V de Aiken muy cercanos o iguales a 1. Así, la totalidad de reactivos mostró un alto grado de correspondencia, lo que significa que fueron considerados por los expertos como adecuados y pertinentes para el contexto lingüístico venezolano en la evaluación de la ideación suicida.

Tabla 2
Valoración de Expertos Teóricos de la Escala de Suicidio de Paykel - Versión Española

Ítems de la Escala de Suicidio de Paykel. Versión Española	Relevancia		Congruencia		Redacción
	Media	V de Aiken	Media	V de Aiken	Porcentaje de Acuerdo
Ítem 1. ¿Has sentido que la vida no merece la pena?	10	1	10	1	57%
Ítem 2. ¿Has deseado estar muerto? por ejemplo, ir a dormir y desear no levantarse	10	1	10	1	43%
Ítem 3. ¿Has pensado en quitarte la vida, aunque realmente no lo fueras a hacer?	10	1	10	1	100%

Ítem 4. ¿Has llegado al punto en que considerarías realmente quitarte la vida o hiciste planes sobre cómo lo harías?	10	1	9.857	0.984	57%
Ítem 5. ¿Alguna vez has intentado quitarte la vida?	9.571	0.952	9.714	0.968	100%

Finalmente, en cuanto a la redacción de los ítems de la PSS, el grado de acuerdo entre los expertos mostró mayor dispersión en comparación con otros aspectos evaluados. Tres de los ítems presentaron porcentajes de acuerdo inferiores al 60%, mientras que dos alcanzaron el 100%. Por ello, se consideraron las sugerencias recibidas para la modificación de los reactivos, a fin de asegurar su comprensión y claridad en la medición del fenómeno, evitar la posible distorsión de los resultados por la redacción original y garantizar su adecuada adaptación al contexto en el que sería administrada.

A continuación, se detallan las modificaciones realizadas:

- *Item 1. ¿Has sentido que la vida no merece la pena?:* Los expertos sugirieron correcciones para expresar la idea de manera más clara y comprensible en el contexto lingüístico venezolano. La modificación implicó un ajuste de la expresión “merece la pena” por “vale la pena” para mejorar la claridad y la comprensión cultural en el contexto lingüístico venezolano, buscando una formulación más natural y de uso común en nuestra región.
- *Item 2. ¿Has deseado estar muerto? por ejemplo, ir a dormir y desear no levantarte:* Este ítem presentó el nivel de acuerdo más bajo entre los expertos (43%), lo que llevó a considerar modificaciones significativas. Estas incluyeron la sustitución del verbo para su ajuste lingüístico y la división del reactivo, dado que contenía dos situaciones que aludían a experiencias distintas y requerían una evaluación más detallada, por lo cual se dividió en dos ítems distintos.
- *Item 4. ¿Has llegado al punto en que considerarías realmente quitarte la vida o hiciste planes sobre cómo lo harías?:* Este ítem mostró una discrepancia en el nivel de acuerdo entre expertos (57%). Quienes opinaron que este reactivo podía dividirse en dos preguntas al referirse a dos aspectos diferentes de la ideación suicida: la elaboración del plan y el pensamiento suicida. Así, se dividió en dos nuevos ítems.

Concluido el proceso de validación de contenido de la PSS-V mediante juicio de expertos y obtenida la versión final, se confirmó que el instrumento estaba provisto de validez de contenido. Esto se debe a que los expertos consideraron sus ítems altamente relevantes para medir la ideación suicida y que estos se correspondieron con el marco lingüístico y cultural del contexto venezolano. Esta versión fue empleada para los análisis cuantitativos de los ítems de la escala (ver Tabla 3).

Tabla 3
Tabla de Especificaciones de la PSS-V

Ítems de la Escala de Suicidio de Paykel - Versión Adaptada a Venezolanos (PSS-V)	Indicador
PSS-1. ¿Has sentido que la vida no vale la pena?	Pensamientos suicidas pasivos
PSS-2. ¿Has deseado ir a dormir y no despertar más?	Deseo de Morir
PSS-3. ¿Has deseado estar muerto?	Deseo de Morir
PSS-4. ¿Has llegado hasta el punto de considerar realmente en quitarte la vida?	Pensamiento Suicida
PSS-5. ¿Has pensado en quitarte la vida, aunque realmente no lo fueras a hacer?	Ideación no planificada
PSS-6. ¿Tienes planes sobre cómo te quitarías la vida?	Planificación Suicida
PSS-7. ¿Alguna vez has intentado quitarte la vida?	Intento Suicida

Tras la integración de las correcciones derivadas de la valoración de expertos teóricos, la versión final del PSS-V quedó compuesta por siete ítems. Su estructura se compone de la siguiente manera: los primeros seis ítems indagan sobre la ideación suicida, mientras que el séptimo ítem aborda específicamente el intento suicida y sirve como un indicador clave e independiente dentro del espectro de la conducta suicida. La PSS también fue objeto de evaluación en sus instrucciones. El 57% de los expertos las consideró apropiadas; no obstante, tres de ellos recomendaron ajustes para optimizar su claridad. Posteriormente, esta versión modificada fue utilizada en un pilotaje del instrumento, donde se confirmó la claridad de las instrucciones y la comprensibilidad de los reactivos.

ANÁLISIS CUANTITATIVO DE LOS ÍTEMS DE LA ESCALA DE SUICIDIO DE PAYKEL - VERSIÓN ADAPTADA A VENEZOLANOS

Para conocer la calidad estadística de los ítems que componen la escala PSS-V, se analizó la proporción de respuestas afirmativas (p) según el grupo de diagnóstico ansiedad, depresión o bipolaridad recibido por un profesional de la salud mental. También se evaluó la capacidad discriminativa a través del método de Klein y Kosekoff y la correlación ítem-total mediante la correlación punto biserial corregida (ver Tabla 4).

La muestra global presentó entre un 18% y 44% de respuestas afirmativas para cada uno de los ítems. Al segmentar la muestra en grupos, se encontró que los participantes con un diagnóstico tenían un mayor nivel de identificación con los ítems. Por ejemplo, en el ítem PSS-3. *¿Has deseado estar muerto?*, el 67% de las personas con diagnóstico de depresión o ansiedad se identificaron con el reactivo, mientras que solo el 9% de las personas sin diagnóstico lo hicieron. Estos resultados reflejan que la PSS-V tiene una buena capacidad discriminativa, ya que los ítems pueden diferenciar la presencia de indicadores de conducta suicida entre adultos con un diagnóstico psicopatológico relacionado con el estado de ánimo y aquellos sin diagnóstico.

Tabla 4

Calidad estadística de los ítems de la PSS-V

	Muestra Clínica			Muestra Total		
	Presencia de Diagnóstico	Ausencia de Diagnóstico	Klein y Kosekoff	Proporción de respuestas afirmativas (p)	Ideación Suicida Modelo 6 ítems	Conducta Suicida Modelo 7 ítems
	Proporción de respuestas afirmativas (p)				Correlación	Ítem-Total
PSS-1. ¿Has sentido que la vida no vale la pena?	.63	.15	0.48	.38	.593	.609
PSS-2. ¿Has deseado ir a dormir y no despertar más?	.77	.13	0.64	.44	.430	.405
PSS-3. ¿Has deseado estar muerto?	.67	.09	0.58	.37	.737	.733
PSS-4. ¿Has llegado hasta el punto de considerar realmente en quitarte la vida?	.55	.03	0.52	.28	.755	.781

PSS-5. ¿Has pensado en quitarte la vida, aunque realmente no lo fueras a hacer?	.66	.19	0.47	.42	.652	.659
PSS-6. ¿Tienes planes sobre cómo te quitarías la vida?	.34	.03	0.31	.18	.573	.606
PSS-7. ¿Alguna vez has intentado quitarte la vida?	.41	.08	0.33	.24	-	.460

De igual forma, se encontró que los ítems de la PSS-V obtuvieron correlaciones positivas entre moderadas y altas con el total de la escala, tanto para la medición de la ideación suicida como para la conducta suicida, lo que indica que, a mayor identificación de las personas con el enunciado de los ítems, mayor es la presencia de ideación o de conducta suicida. Por ejemplo, el ítem *PSS-4. ¿Has llegado hasta el punto de considerar realmente en quitarte la vida?* reveló la correlación más alta y positiva del conjunto de reactivos, al obtener una $r_{pb} = .781$. Este hallazgo sugiere que los adultos que se identificaron con esta premisa mostraron una mayor tendencia a presentar ideación suicida, mientras que quienes contestaron de forma negativa al reactivo evidenciaron menos presencia de pensamientos suicidas.

EVIDENCIAS DE VALIDEZ DE CONSTRUCTO DE LA ESCALA DE SUICIDIO DE PAYKEL - VERSIÓN ADAPTADA A VENEZOLANOS

Análisis Factorial Confirmatorio de la PSS-V

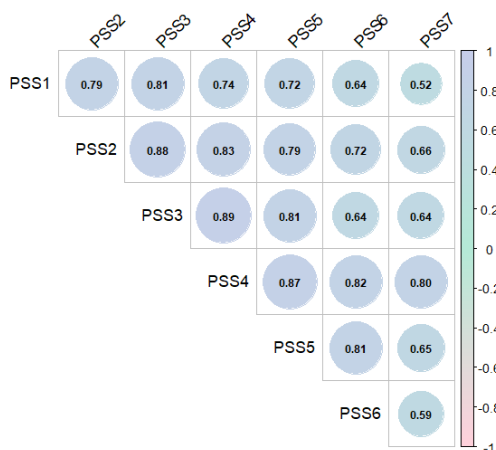
Debido al carácter dicotómico de los ítems del instrumento, se calculó la matriz de correlaciones tetracóricas entre los siete ítems de la Escala de Suicidio de Paykel – Versión adaptada a Venezolanos (PSS-V). En la Figura 1, se muestra los resultados obtenidos, el tamaño y la intensidad del color de los círculos representan la magnitud de las correlaciones.

Se observaron correlaciones positivas y altas entre los ítems de ideación suicida (PSS-1 a PSS-6), con coeficientes que oscilaron entre $r_t = .64$ y $r_t = .89$, lo que sugiere una fuerte homogeneidad del contenido evaluado. El ítem 7, que evalúa la conducta suicida manifiesta, también mostró correlaciones positivas con los demás ítems, aunque de menor magnitud (entre $r_t = .52$ y $r_t = .66$), lo cual es teóricamente esperable ya que representa una manifestación más extrema y menos frecuente del constructo. Este patrón de asociaciones

apoya la unidimensionalidad teórica del instrumento, al evidenciar relaciones consistentes entre los distintos indicadores de ideación y conducta suicida.

Figura 1

Correlograma entre los ítems de la Escala de Suicidio de Paykel - Versión Adaptada a Venezolanos



Posteriormente, se realizó un análisis factorial confirmatorio (AFC) para examinar la estructura interna de la Escala de Suicidio de Paykel – Versión Adaptada a Venezolanos (PSS-V), estimando por separado dos modelos: uno para los seis ítems que evalúan ideación suicida (PSS-1 a PSS-6) y otro agregando el ítem de conducta suicida (PSS-7). Dado el carácter dicotómico de los ítems, se utilizó el método de estimación DWLS (Diagonally Weighted Least Squares), a partir de una matriz de correlaciones tetracóricas.

En el modelo de ideación suicida, los resultados mostraron un ajuste excelente en la mayoría de los índices escalados: $\chi^2_{(9)} = 20.70$, $p = .014$; $\chi^2/\text{gl} = 2.30$; CFI = .999; TLI = .999; RMSEA = .050, IC 90% [0.21, .078], $p = .461$; SRMR = .037; GFI = .998; AGFI = .996. Por su parte, el modelo de conducta suicida también presentó un ajuste excelente en la mayoría de los índices escalados: $\chi^2_{(14)} = 31.50$, $p = .005$; $\chi^2/\text{gl} = 2.25$; CFI = .999; TLI = .999; RMSEA = .049, IC 90% [0.26, .072], $p = .499$; SRMR = .040; GFI = .998; AGFI = .995. Los valores respaldan que la PSS – V tiene un ajuste excelente y robusto en la estructura unidimensional de la escala a los datos observados. Esto significa que los modelos teóricos propuestos para medir

la ideación y la conducta suicida logran reproducir de manera precisa las relaciones existentes entre los ítems y dar evidencia de que miden el factor latente correspondiente (ver Tabla 5).

Tabla 5
Índices de Ajuste de los Modelos de Análisis Factorial Confirmatorio de la PSS-V

Índice de ajuste Escalado	Ideación Suicida Modelo 6 ítems	Conducta Suicida Modelo 7 ítems	Criterio para buen ajuste*
Chi-cuadrado (χ^2)	20.7 (gl = 9, $p = .014$)	31.5 (gl = 14, $p = .005$)	$p > .05$ (ideal)
χ^2/gl	2.3	2.25	≤ 3 aceptable
RMSEA	.050 [IC 90% = .021, .078] $p = .461$.049 [IC 90% = .026, .072] $p = .499$	$\leq .05$ (excelente) $\leq .08$ (aceptable)
SRMR	.037	.040	$< .08$ (excelente)
CFI	.997	.999	$\geq .95$ (excelente)
TLI	.995	.999	$\geq .95$ (excelente)
GFI	.998	.998	$\geq .95$ (excelente)
AGFI	.996	.995	$\geq .90$ (excelente)

Nota. Estimación mediante DWLS sobre matriz de correlaciones tetracóricas.

* Criterios tomados de Hu & Bentler (1999), Byrne (2013), Kline (2016).

En el modelo de ideación suicida, las cargas factoriales oscilaron entre $\lambda = .819$ (PSS-6) y $\lambda = .944$ (PSS-4). En el modelo de conducta suicida, las cargas factoriales se distribuyeron entre $\lambda = .741$ para el ítem PSS-7 “¿Alguna vez has intentado quitarte la vida?” y $\lambda = .958$ para el ítem 4. Esto sugiere que los ítems son indicadores robustos y consistentes para la medición del constructo evaluado (ver Tabla 6 y Figura 2).

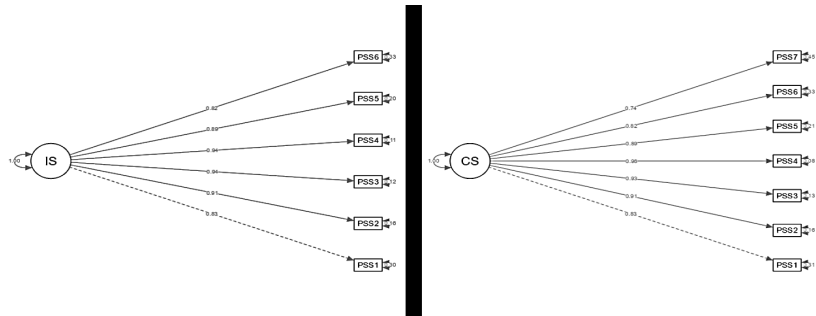
Tabla 6
Cargas Factoriales Estandarizadas de los Modelos de Análisis Factorial Confirmatorio de la PSS-V

Ítem	Ideación Suicida - Modelo 6 ítems		Conducta Suicida -Modelo 7 ítems	
	Carga Factorial Estandarizada (λ)	h^2	Carga Factorial Estandarizada (λ)	h^2
PSS-1. ¿Has sentido que la vida no vale la pena?	.834	0.696	.828	0.686

PSS-2. ¿Has deseado ir a dormir y no despertar más?	.914	0.836	.914	0.836
PSS-3. ¿Has deseado estar muerto?	.939	0.881	.933	0.871
PSS-4. ¿Has llegado hasta el punto de considerar realmente en quitarte la vida?	.944	0.892	.958	0.918
PSS-5. ¿Has pensado en quitarte la vida, aunque realmente no lo fuera a hacer?	.894	0.798	.891	0.794
PSS-6. ¿Tienes planes sobre cómo te quitarías la vida?	.819	0.671	.816	0.667
PSS-7. ¿Alguna vez has intentado quitarte la vida?	—	—	.741	0.550

Figura 2

Diagrama de la Estructura Interna Escala de Suicidio de Paykel – Versión Adaptada a Venezolanos



*Validez Convergente de la Escala de Suicidio de
Paykel - Versión Adaptada a Venezolanos*

Para evaluar la validez convergente del instrumento PSS-V, se partió de la base teórica de que la depresión y la ansiedad son constructos relacionados positivamente con la ideación y conducta suicida (Bentley et al., 2016; Batterham et al., 2013), se examinó la depresión mediante el Cuestionario de Salud del Paciente-9 (PHQ-9) y la ansiedad a través de la Escala de Ansiedad Generalizada-7 (GAD-7). Para verificar este resultado, se empleó el coeficiente de correlación rho de Spearman (r_s), dada la naturaleza ordinal y no normal de las variables implicadas.

Se encontró una correlación positiva, moderada y estadísticamente significativa entre la depresión y la conducta suicida ($r_s = .581, p < .01$) y entre la depresión y la ideación suicida ($r_s = .568, p < .01$) (ver Tabla 7). Es decir, existe una tendencia moderada a presentar mayores pensamientos suicidas y tener mayores niveles de depresión, mientras que, menor ideación o intentos de hacerse daño se relacionan con menos niveles de depresión.

Se puede ver en la Tabla 7, como las puntuaciones de la PSS-V también mostraron una correlación positiva, moderada y estadísticamente significativa con la ansiedad ($r_s = .514, p < .01, r_s = .500, p < .01$). Estos resultados son esperados, dado que la ansiedad es frecuentemente comórbida con la depresión y se ha asociado también con un mayor riesgo de ideación y conducta suicida (Batterham et al., 2013).

Posteriormente, se utilizó la Escala de Afectividad Negativa (PANAS). Se encontró una relación moderada, positiva y estadísticamente significativa con la conducta suicida ($r_s = .488, p < .01$) y resultado similar se observó con la ideación suicida ($r_s = .493, p < .01$). Estos hallazgos indican que hay una ligera tendencia a presentar mayores pensamientos asociados con el deseo de muerte y afectos negativos como angustia, culpa, agresividad, entre otros.

Estos hallazgos demuestran que las medidas de este instrumento se relacionan de manera significativa con otras medidas establecidas de constructos teóricamente afines (depresión, ansiedad y afecto negativo), lo que proporciona evidencia sólida de la validez convergente de la PSS-V, por lo tanto de su validez de constructo (Pinazo-Clapés et al., 2025).

Tabla 7

Estudios de Validez Convergente de la PSS-V

		Ideación Suicida PSS – V 6 ítems	Conducta Suicida PSS – V 7 ítems
Depresión (PHQ-9)	Coefficiente de Correlación		
	Rho de Spearman	.568**	.581**
	Sig. (bilateral)	.000	.000
	N	258	258
Ansiedad (GAD-7)	Coefficiente de Correlación		
	Rho de Spearman	.500**	.514**
	Sig. (bilateral)	.000	.000
	N	268	268
Afecto Negativo (PANAS)	Coefficiente de Correlación		
	Rho de Spearman	.488**	.493**
	Sig. (bilateral)	.000	.000
	N	467	467

Nota. **. La correlación es significativa en el nivel .01 (bilateral).

*Validez Divergente de la Escala de Suicidio de
Paykel - Versión Adaptada a Venezolanos*

Con el propósito de evaluar la validez divergente del PSS-V, se examinó su relación con un constructo teóricamente antagónico evaluado mediante la Escala de Afectividad Positiva (PANAS). De acuerdo con la literatura, se esperaba que tanto la ideación como la conducta suicida se asociaran de forma inversa con niveles elevados de afectividad positiva (Horwitz et al., 2016).

Los resultados mostraron correlaciones negativas, estadísticamente significativas y de magnitud baja a moderada entre la afectividad positiva y el PSS-V. En concreto, se obtuvo una correlación de $r_s = -.354$, $p < .01$ entre la afectividad positiva y la ideación suicida y una correlación de $r_s = -.353$, $p < .01$ entre la afectividad positiva y la conducta suicida (ver Tabla 8).

Aunque las correlaciones no son fuertes, la dirección y significación de los resultados son consistentes con el marco teórico, lo que indica que mayores niveles de afectividad positiva (e. g. entusiasmo, interés o ilusión) se asocian con menores niveles de ideación y conducta suicida. Este hallazgo aporta evidencia adicional para la validez de constructo del PSS-V.

Tabla 8
Estudios de Validez Divergente de la PSS-V

		Ideación Suicida PSS – V 6 ítems	Conducta Suicida PSS – V 7 ítems
Afecto Positivo (PANAS)	Coefficiente de		
	Correlación Rho de	-.354**	-.353**
	Spearman		
	Sig. (bilateral)	.000	.000
N		467	467

Nota. **. La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).

*Estudio de Grupos Contrastados de la Escala de Suicidio
de Paykel - Versión Adaptada a Venezolanos*

La validez de constructo a través de la comparación de grupos contrastados permite conocer si el PSS-V puede discriminar entre grupos de personas que, por teoría, se espera que difieran en sus niveles de conducta e ideación suicida (Yöyen & Keleş, 2024). En este estudio, se utilizó la clasificación de derivada del PHQ-9 (personas con riesgo clínico de depresión vs. personas sin riesgo clínico de depresión) como criterio de comparación. Se esperaba que los individuos clasificados con riesgo clínico de depresión por el PHQ-9 presentasen puntuaciones significativamente más altas en el PSS-V en comparación con aquellos sin riesgo clínico de depresión.

Se utilizó la prueba U de Mann-Whitney para comparar los puntajes del PSS-V. Los resultados mostraron diferencias estadísticamente significativas tanto en ideación suicida ($U = 3788.00, Z = -8.19, p < .001$), como en conducta suicida ($U = 3639.00, Z = -8.44, p < .001$). En ambos casos, las personas con riesgo clínico de depresión obtuvieron puntuaciones significativamente más altas, lo que respalda la capacidad para discriminar del instrumento y aporta evidencia sobre la validez de constructo (ver Tabla 9).

Tabla 9
Evidencia de validez de constructo del PSS-V mediante análisis de grupos contrastados

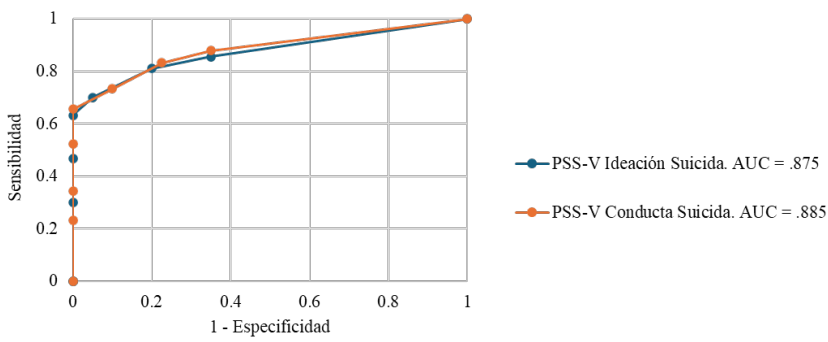
PSS-V	Grupo PHQ-9	Mediana	U de Mann-Whitney	Z	Sig. (bilateral)
Ideación Suicida (6 ítems)	Sin depresión (N=140)	0			
	Con depresión (N=118)	2	3788.00	-8.189	.000
Conducta Suicida (7 ítems)	Sin depresión (N=140)	0			
	Con depresión (N=118)	2	3639.00	-8.443	.000

SENSIBILIDAD, ESPECIFICIDAD, PUNTO DE CORTE

Con el propósito de determinar si la PSS-V era capaz de identificar adecuadamente la presencia o ausencia de suicidabilidad en adultos venezolanos, se evaluaron dos propiedades diagnósticas fundamentales: la sensibilidad, entendida como la capacidad del instrumento para detectar a los examinados que presentan ideación o conducta suicida; y la especificidad, referida a su habilidad para identificar correctamente a quienes no la presentan (Donis, 2012).

Para estimar estas propiedades se calculó la Curva ROC (Receiver Operating Characteristic), la cual permite establecer un punto de corte que determina el umbral a partir del cual los puntajes de la escala se interpretan como positivos, es decir, indicativos de la presencia de ideación o conducta suicida cuando verdaderamente es así (lo que evita un falso positivo). Del mismo modo, los puntajes que se sitúan por debajo de dicho valor se consideran negativos, lo que implica la ausencia del fenómeno cuando este es el caso (lo que evita un falso negativo) (Ver Figura 3).

Figura 3
Curva ROC de la PSS-V



Para la obtención de los datos, se administró la PSS-V a un total de 170 participantes, de los cuales 90 contaban con un diagnóstico psiquiátrico relacionado con trastornos del estado de ánimo, mientras que 80 no presentaban diagnóstico alguno. Ambas versiones de la Escala de Suicidio de Paykel (PSS-V) mostraron una excelente capacidad para diferenciar entre personas con y sin riesgo suicida ($AUC > .85$) (ver Tabla 10), lo que indica un nivel excelente de precisión según los criterios de Hosmer y Lemeshow (2000).

Tabla 10
Área bajo la curva (AUC) de la PSS-V

Versión	AUC	Sig.	IC 95% (Límite inferior – superior)
Ideación Suicida. PSS – V 6 ítems	.875	< .001	.820 – .929
Conducta Suicida. PSS – V 7 ítems	.885	< .001	.833 – .936

Con el objetivo de identificar el punto de corte óptimo que permitiera diferenciar la presencia o ausencia de suicidabilidad, se calculó el Índice de Youden (J), el cual determina el punto en el que la sensibilidad y la especificidad alcanzan su mejor equilibrio. Los resultados indicaron para la versión que evalúa la ideación suicida, el punto de corte óptimo corresponde a un puntaje de 2.50 en la PSS-V, lo que se asocia con una sensibilidad del 70% y una especificidad del 95%. Igualmente, en el caso de evaluación de la conducta suicida se repite un puntaje de corte de 2.50, asociado a una sensibilidad del 73% y una especificidad del 90%.

Ambos resultados sugieren que la escala presenta una adecuada capacidad para identificar los casos positivos (alta sensibilidad) y una excelente capacidad para discriminar correctamente los casos negativos (alta especificidad) (ver Tabla 11). Dado que la Escala de Suicidio de Paykel produce solo puntuaciones enteras, a partir de una puntuación de 3 o más es indicativa de riesgo de ideación suicida/conducta suicida, sirviendo como umbral para diferenciar entre participantes con y sin riesgo.

Tabla 11

Sensibilidad y Especificidad de la PSS-V

<i>Ideación Suicida</i>				<i>Conducta Suicida</i>			
Puntaje	Sensibilidad	Especificidad	Índice de Youden	Puntaje	Sensibilidad	Especificidad	Índice de Youden
-1.50	1.000	.000	.000	-1.50	1.000	.000	.000
.50	.856	.650	.506	.50	.878	.650	.528
1.50	.811	.800	.611	1.50	.833	.775	.608
2.50	.700	.950	.650	2.50	.733	.900	.633
3.50	.633	1.000	.633	3.50	.656	1.000	.656
4.50	.467	1.000	.467	4.50	.522	1.000	.522
5.50	.300	1.000	.300	5.50	.344	1.000	.344
7.00	.000	1.000	.000	6.50	.233	1.000	.233

ESTUDIO DE CONFIABILIDAD

Con el objetivo de estimar la confiabilidad de la Escala de Suicidio de Paykel se realizó un análisis de consistencia interna mediante el coeficiente Kuder-Richardson 20 (KR-20), apropiado para ítems de naturaleza dicotómica. Los resultados mostraron una consistencia interna alta tanto para la versión de ideación suicida (KR-20 = .856) como para la de conducta suicida (KR-20 = .857) (ver Tabla 12).

Esto indica que los ítems de cada sección se relacionan de manera coherente y tienden a mantener un patrón homogéneo de respuestas, lo que evidencia una adecuada consistencia interna de la medida. En términos prácticos, puntuaciones altas en un ítem suelen acompañarse de puntuaciones altas en otros que evalúan aspectos similares; en este caso, una mayor ideación suicida se manifestará en respuestas afirmativas en varios ítems relacionados, lo que confirma que los reactivos capturan un mismo constructo psicológico de manera homogénea, consistente y confiable.

Tabla 12
Estudio de Consistencia Interna de la PSS-V

	Ideación Suicida PSS – V 6 ítems	Conducta Suicida PSS – V 7 ítems
Kuder-Richardson 20	.856	.857
Número de Ítems	6	7
N	526	526

DISCUSIÓN

Para los profesionales de la salud mental, comprender las diversas manifestaciones de la conducta suicida es una prioridad. Si bien una escucha clínica entrenada es fundamental para acceder a la comprensión del mundo interno de las personas, el panorama de alta demanda asistencial en Venezuela exige herramientas de detección rápida que permitan una primera aproximación e identifiquen los casos de mayor gravedad.

Partiendo de esta necesidad, esta investigación tuvo como objetivo principal adaptar culturalmente un instrumento breve, con adecuadas propiedades psicométricas para la evaluación del riesgo suicida en Venezuela, buscando así aportar a la realidad clínica una ayuda desde el ámbito de la investigación. Siguiendo las directrices de adaptación de tests psicométricos propuestas por Muñiz et al. (2013), se buscó conseguir la mayor equivalencia cultural, lingüística, conceptual y métrica posible.

Se partió de la validez de contenido a través del juicio de expertos, se confirmó que la escala era lingüísticamente pertinente para el contexto venezolano, además la evaluación del constructo fue enriquecida, ya que, a diferencia de la versión original y otras adaptaciones al español, la PSS-V participó de una modificación clave sugerida por los expertos, que fue la división de ítems que originalmente contenían dos ideas distintas. Esta separación, que resultó en una escala final de 7 ítems en lugar de 5, permitió dotar al instrumento de una mayor claridad y pertinencia en la medición del deseo de muerte, la ideación suicida activa y la planificación del acto.

Adicionalmente, este análisis permitió proponer una clarificación conceptual sobre el alcance de la escala, ya que a partir de la valoración de los expertos se determinó que el último ítem no evaluaba la ideación suicida, sino

que indagaba directamente sobre el intento suicida, lo que conformaba un componente conductual. Esta distinción fundamenta la estructura de puntuación propuesta: un índice de Ideación Suicida (ítems 1-6) y un indicador del continuo de la Conducta Suicida (ítems 1-7), lo que permite a los especialistas diferenciar con mayor claridad entre el pensamiento y el acto y conecta la PSS-V con los modelos teóricos del suicidio. Concretamente, esta estructura refleja la conceptualización de la conducta suicida como un continuo de gravedad progresiva, que escala desde la ideación hasta el acto consumado, tal como lo describen diversos autores (Fonseca-Pedrero & Pérez, 2020; Villar, 2024). Así, la PSS-V logra capturar y diferenciar operativamente estas etapas críticas del fenómeno.

Se realizó un análisis cuantitativo de los reactivos de la escala, cuyos resultados evidenciaron una alta capacidad discriminativa que permitía diferenciar entre personas que presentaban ideación suicida de las que no, medir de manera precisa y eficaz indicadores de ideación suicida y contar con la capacidad para discriminar entre individuos que contaban con diferentes niveles de presencia de pensamientos suicidas.

La validez de constructo de la PSS-V fue sólidamente respaldada por múltiples fuentes de evidencia, en concordancia con los Estándares para las Pruebas Educativas y Psicológicas (American Educational Research Association [AERA], American Psychological Association [APA] y National Council on Measurement in Education [NCME], 2014). Este marco conceptual sostiene que la validez es un proceso acumulativo que soporta las interpretaciones de las puntuaciones y los diversos análisis realizados en este estudio contribuyen directamente a este proceso.

La evidencia sobre la estructura interna del instrumento fue óptima. El análisis factorial confirmatorio (AFC) arrojó índices de ajuste excelentes que dieron cuenta de un modelo unidimensional, tanto para la medición de la ideación suicida (6 ítems) como de la conducta suicida (7 ítems). A pesar de que esta fue la primera adaptación que expandió la escala a 7 ítems, la estructura unidimensional resultante coincidió con la hallada en adaptaciones previas, que también reportaron una clara estructura unidimensional (Álvarez-Merlano et al., 2024, Baños-Chaparro & Ramos-Vera, 2020, Fonseca-Pedrero et al., 2018).

Adicionalmente, las pruebas de validez convergente y divergente reforzaron estas conclusiones. La PSS-V demostró correlaciones positivas

y estadísticamente significativas con constructos teóricamente afines, como la depresión, la ansiedad y el afecto negativo. Y según lo esperado, se encontraron correlaciones negativas con el afecto positivo. Estos hallazgos confirman que la escala mide de manera efectiva el constructo de la conducta suicida y lo hace de forma congruente con el marco teórico existente sobre el fenómeno.

Como herramienta de cribado, era fundamental establecer la validez diagnóstica de la PSS-V. El análisis de la Curva ROC permitió identificar puntos de corte óptimos tanto para la ideación como para la conducta suicida. Se estableció que una puntuación de 3 o más en modelo de Ideación Suicida (ítems 1-6) era indicativa de riesgo, lo que alcanzó una excelente especificidad (95%) y una adecuada sensibilidad (70%). De manera similar, para el modelo de Conducta Suicida (ítems 1-7), se determinó un punto de corte de 3, el cual también demostró un equilibrio robusto entre sensibilidad y especificidad. Estos umbrales proporcionan a los clínicos un criterio empírico claro para diferenciar entre la presencia y ausencia de riesgo, con lo que se facilita la toma de decisiones en contextos de alta demanda.

En cuanto a la confiabilidad de la escala, los resultados obtenidos sugieren una alta consistencia interna, lo que indica que los ítems miden de manera coherente y homogénea la ideación suicida como constructo. Los buenos indicadores psicométricos encontrados al analizar la PSS-V, coincidieron con los valores obtenidos en los estudios de Fonseca et al. (2018) y de Baños y Ramos (2020), quienes afirmaron que su adaptación era válida y confiable.

Finalmente, este estudio propone una consideración metodológica relevante para la interpretación de instrumentos que evalúan constructos clínicos como el suicidio. Se tomó la decisión de omitir el desarrollo de datos normativos como criterio interpretativo. Consideramos que, al tratarse de un dominio diagnóstico y no de un rasgo distribuido normalmente en la población, carece de sentido clínico comparar a un individuo con un “grupo normativo”. En su lugar, priorizamos un enfoque basado en criterios diagnósticos y en la sumatoria de indicadores presentes, el cual ofrece una interpretación de mayor utilidad clínica y conceptualmente más coherente con la naturaleza del fenómeno estudiado.

La confiabilidad del instrumento se estableció mediante la consistencia interna, pero no se realizaron estudios de estabilidad temporal (test-retest). Futuras investigaciones deberían administrar la PSS-V en un intervalo de

uno a seis meses para evaluar si las puntuaciones se mantienen estables en el tiempo, lo cual aportaría una evidencia adicional de confiabilidad.

El estudio utilizó un muestreo no probabilístico, lo que limitó la capacidad de generalizar los resultados a toda la población adulta venezolana. Investigaciones futuras podrían emplear métodos de muestreo probabilístico para obtener una muestra más representativa.

Tal como plantea Álvarez-Merlano et al. (2024), la evaluación de la ideación suicida aborda un contenido altamente sensible. Por ello, la deseabilidad social es una limitación inherente, ya que algunos participantes podrían haber minimizado u ocultado sus verdaderos pensamientos y sentimientos, lo que sin duda introduce un posible sesgo en las respuestas.

Debido a que esta adaptación se centró en la población adulta, sería de gran valor que próximos estudios evalúen las propiedades psicométricas en otras poblaciones vulnerables (como los adolescentes) para determinar su pertinencia y utilidad en dicho grupo etario.

REFERENCIAS

- Aguilar, A. A., Álvarez, D., & Fajardo, M. (2020). Comportamiento de la Conducta Suicida. Municipio Guisa. Año 2017. *Multimed*, 24(1), 36-49. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1028-48182020000100036&lng=es&tlng=.
- Álvarez-Merlano, N. & Dickson-Taborda, V. (2024). Propiedades psicométricas de la escala de ideación suicida de Paykel en madres adolescentes colombianas. *Revista de la Universidad Industrial de Santander. Salud*, 56. <https://doi.org/10.18273/saluduis.56.e:24051>
- American Educational Research Association, American Psychological Association, & National Council on Measurement in Education. (2014). *Standards for educational and psychological testing*. American Educational Research Association.
- Asociación Médica Mundial. (2013). Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial: Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos. *JAMA*, 310(20), 2191–2194. <https://doi.org/10.1001/jama.2013.281053>
- Ato, M., López, J. J. & Benavente, A. (2013). Un sistema de clasificación de los diseños de investigación en psicología. *Anales de Psicología*, 29(3), 1038–1059. <https://doi.org/10.6018/analesps.29.3.178511>

- Baños-Chaparro, J. & Ramos-Vera, C. (2020). Validez e invarianza según sexo y edad de la Escala Paykel de Ideación Suicida en adolescentes peruanos. *Interacciones*, 6(1), 1-9. <https://doi.org/10.24016/2020.v6n1.22>
- Baptista, M. N., Zambrano, J., Sulbarán, M., Castillo, J. & Pérez, J. (2020). Propiedades psicométricas de la versión venezolana de la Escala PANAS (Positive and Negative Affect Schedule). *Investigación Clínica*, 61(4), 301–314. <https://doi.org/10.22209/IC.v61n4a03>
- Batterham, P. J., Christensen, H. & Caley, A. L. (2013). Anxiety symptoms as precursors of major depression and suicidal ideation. *Depression and Anxiety*, 30(8), 731-740. <https://doi.org/10.1002/da.22066>
- Beck, A. T., Kovacs, M. & Weissman, A. (1979). Assessment of suicidal intention: The Scale for Suicide Ideation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 47(2), 343-352. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.47.2.343>
- Bellack, A. & Siegel, A. (2000). *Manual de Psicoterapia breve, intensiva y de urgencia*. Manual Moderno.
- Bentley, K. H., Franklin, J. C., Ribeiro, J. D., Kleiman, E. M., Fox, K. R. & Nock, M. K. (2016). Anxiety and its disorders as risk factors for suicidal thoughts and behaviors: a meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*, 43, 30-46. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2015.11.008>
- Borges, A. (2018). *Adaptación y validación del Patient Health Questionnaire (PHQ-9) y de la Generalized Anxiety Disorder Scale (GAD-7) en población venezolana* [Tesis doctoral no publicada, Universidad Central de Venezuela]. Saber UCV.
- Bousoño, M., Al-Halabi, S., Burón, P., Garrido, M., Díaz-Cabal, M., Bobes, J. & Sáiz, P. A. (2017). Uso de la Escala de Ideación Suicida de Paykel en la práctica clínica. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 10(3), 147-157.
- Byrne, B. M. (2013). *Structural equation modeling with AMOS: Basic concepts, applications, and programming* (2.^a ed.). Routledge.
- Centers for Disease Control & Prevention (CDC). (1989). Operational Criteria for Determining Suicide. *JAMA*, 261(3), 360-361.
- Donis, J. H. (2012). Evaluación de la validez y confiabilidad de una prueba diagnóstica. *Avances en Biomedicina*, 1(2), 73–81.
- Fonseca-Pedrero, E., Inchausti, F., Pérez-Gutiérrez, L., Aritio Solana, R., Ortuño-Sierra, J., Sánchez-García, M. Á. & Pérez de Albéniz, A. (2018). Ideación suicida en una muestra representativa de adolescentes españoles. *Spanish Journal of Psychiatry and Mental Health*, 11(2), 76-85. <https://doi.org/10.1016/j.rpsm.2017.07.004>

- Fonseca-Pedrero, E. & Pérez de Albéniz, A. (2020). Psychometric properties of the Paykel Suicide Scale in Spanish adolescents. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(5), 1720. <https://doi.org/10.3390/ijerph17051720>
- Gómez, A. (2012). Evaluación del riesgo de suicidio: enfoque actualizado. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 23(5), 607-615.
- Gómez, S. (2020). *Factores precipitantes del intento suicida en tres habitantes en adultez joven del municipio de Roldanillo* [Tesis de grado, Universidad Antonio Nariño]. Repositorio Institucional UAN.
- Harmer, B., Lee, S., Duong, T. & Saadabadi, A. (2022). *Suicidal Ideation*. StatPearls.
- Hernández, R., Fernández, C. & Baptista, P. (2014). *Metodología de la investigación* (6.ª ed.). McGraw-Hill.
- Hosmer, D. W., Jr., & Lemeshow, S. (2000). *Applied logistic regression* (2.ª ed.). John Wiley & Sons.
- Horwitz, A. G., Berona, J., Czyz, E. K., Yegüez, C. E. & King, C. A. (2016). Positive and negative expectations of hopelessness as longitudinal predictors of depression, suicidal ideation, and suicidal behavior in high-risk adolescents. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 47(2), 168-176. <https://doi.org/10.1111/sltb.12273>
- Hu, L. T. & Bentler, P. M. (1999). Cutoff criteria for fit indexes in covariance structure analysis: Conventional criteria versus new alternatives. *Structural Equation Modeling: A Multidisciplinary Journal*, 6(1), 1-55. <https://doi.org/10.1080/10705519909540118>
- Instituto Nacional de Estadística y Censo de Ecuador. (2023). *Estadísticas de defunciones generales 2022*. https://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Poblacion_y_Demografia/Defunciones_Generales_2022/Principales_resultados_EDG_2022.pdf
- Instituto Nacional de Salud de Colombia. (2023). *Informe de evento primer semestre intento de suicidio, 2023*. <https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/Informesdeevento/INTENTO%20DE%20SUICIDIO%20PRIMER%20SEMESTRE%202023.pdf>
- Kaess, M., Parzer, P., Maern, M., Resch, F., Bifulco, A. & Brunner, R. (2011). Childhood Experiences of Care and Abuse (CECA) - validation of the German version of the questionnaire and interview. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 39(4), 243-252.
- Kerlinger, F. N. & Lee, H. B. (2002). *Investigación del comportamiento: Métodos de investigación en ciencias sociales* (4.ª ed.). McGraw-Hill.

- Kline, R. B. (2016). *Principles and practice of structural equation modeling* (4.^a ed.). The Guilford Press.
- Kroenke, K., Spitzer, R. L. & Williams, J. B. W. (2001). The PHQ-9: Validity of a brief depression severity measure. *Journal of General Internal Medicine*, 16(9), 606-613. <https://doi.org/10.1046/j.1525-1497.2001.016009606.x>
- Lezama, L. (2017). *Formulario de Valoración de Expertos teóricos* [Manuscrito No publicado]. Cátedra de Psicometría. Universidad Central de Venezuela.
- Leyva, J., Luna-Ladera, K., Iglesias-Gómez, M., Rodríguez-Rizk, V., Affinito, M., Contreras-Montañez, Y., Celis, R., Pulido Febres, M., Costa-Müller, J. & Omaña-Ávila, Ó. (2025). Pesquisa y diagnóstico de trastorno depresivo en una comunidad rural de Venezuela. *Investigación Clínica*, 66(1), 26-38. <https://doi.org/10.54817/IC.v66n1a03>
- Magno-Muro, P. y Cruzado, L. (2021). Ideas pasivas de muerte: una errónea nomenclatura en el fenómeno suicida [Carta al editor]. *Revista de Neuropsiquiatría*, 84(2), 149-150. <https://doi.org/10.20453/rnp.v84i2.4003>
- Maple, M., Sanford, R., Pirkis, J., Reavley N. & Nicholas, A. (2019). Exposure to suicide in Australia: A representative random digit dial study. *Journal of Affective Disorders*, 259, 221-227.
- Mayo, D. J. (1992). What is being predicted?: The definition of “suicide”. En R. W. Maris, A. L. Berman, J. T. Maltzberger, & R. I. Yufit (Eds.), *Assessment and prediction of suicide* (pp. 88-101). The Guilford Press.
- Meneese, B. y Yutzenka, A. (1990). Correlates of suicidal ideation among rural adolescents. *Suicide and Life Threatening Behavior*, 20(3), 206-212.
- Ministerio de Salud de Perú. (2022, 10 de septiembre). *El 71.5 % de los casos de intento de suicidio en el Perú es de personas entre 15 y 34 años*. <https://www.gob.pe/institucion/minsa/noticias/648965-el-71-5-de-los-casos-de-intento-de-suicidio-en-el-peru-es-de-personas-entre-15-y-34-anos>
- Muñiz, J., Elosua, P. & Hambleton, R. (2013). Directrices para la traducción y adaptación de los tests: segunda edición. *Psicothema*, 25(2), 151-157.
- O’Carroll, P., Berman, A., Maris, R., Moscicki, E., Tanney B. & Morton, S. (1996). Beyond the Tower of Babel: A Nomenclature for Suicidology. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 26(3), 237-252.
- O’Connor, R. C. & Portzky, G. (2018). Looking to the future: A synthesis of new developments and challenges in suicide research and prevention. *Frontiers in Psychology*, 9, 2139. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.02139>

- Observatorio Venezolano de Violencia. (2024). *Informe anual de violencia autoinfligida 2024*. <https://observatoriodeviolencia.org.ve/news/informe-anual-de-violencia-autoinfligida-2024/>
- Organización Mundial de la Salud. (2014, 3 de septiembre). *Prevención del suicidio: Un imperativo global*. <https://www.paho.org/es/documentos/prevencion-suicidio-imperativo-global>
- Organización Mundial de la Salud. (2021). *Suicidio en el mundo en 2019: estimaciones sanitarias mundiales*. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240026643>
- Organización Mundial de la Salud. (2023). *World Suicide Prevention Day 2023*. <https://www.emro.who.int/media/news/world-suicide-prevention-day-2023.html>
- Organización Mundial de la Salud. (2025, 25 de marzo). *Suicidio*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/suicide>
- Paykel, E. S., Myers, J. K., Lindenthal, J. J. & Tanner, J. (1974). Suicidal feelings in the general population: A prevalence study. *The British Journal of Psychiatry*, 124(582), 460-469. <https://doi.org/10.1192/bjp.124.5.460>
- Pérez, S. (1999). El suicidio, comportamiento y prevención. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 15(2), 196-217.
- Pinazo-Clapés, C., Redondo, R., Checa, I., Pinazo-Hernandis, S., Sales, A. & Pons, J. (2025). Screening of suicidal ideation in nursing homes: validation of the Paykel Scale in older adults. *Aging & Mental Health*, 1-8.
- Silverman, M., Berman, B., Sanddal, N., O'Carroll, P. & Joiner, T. (2007). Rebuilding the tower of Babel: A revised nomenclature for the study of suicide and suicidal behaviors. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 37(3), 248-277.
- Spitzer, R. L., Kroenke, K., Williams, J. B. W. & Löwe, B. (2006). A brief measure for assessing generalized anxiety disorder: The GAD-7. *Archives of Internal Medicine*, 166(10), 1092-1097. <https://doi.org/10.1001/archinte.166.10.1092>
- Villar, F. (2024). *Morir antes de morir: Acompañar y prevenir en conductas suicidas*. Herder Editorial.
- Watson, D., Clark, L. A. & Tellegen, A. (1988). Development and validation of brief measures of positive and negative affect: The PANAS scales. *Journal of Personality and Social Psychology*, 54(6), 1063-1070. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.54.6.1063>

Yöyen, E. & Keleş, M. (2024). Psychological Risk Factors in the Transition from Suicidal Ideation to Suicidal Behavior in Young Adults. *Healthcare*, 12(18), 1850.