

Tesis doctoral

Ideación suicida: conceptualización y aspectos de la medida

Suicidal ideation: conceptualization and aspects of the measure

Una tesis presentada por

Jorge L. Ordóñez Carrasco

y dirigida por

Antonio J. Rojas Tejada e Isabel Cuadrado Guirado

para obtener el título de Doctor en el Programa de Doctorado en Salud, Psicología y

Psiquiatría



UNIVERSIDAD
DE ALMERÍA

Universidad de Almería, España

Octubre, 2021

Esta tesis doctoral se ha realizado gracias a la financiación del Ministerio de Ciencia, Innovación y Universidades para la Formación de Profesorado Universitario (dentro del Programa Estatal de Promoción del Talento y su Empleabilidad, en el marco del Plan Estatal de Investigación Científica y Técnica y de Innovación 2013-2016) adjudicada en concurso público, con resolución definitiva el 22 de septiembre de 2017 y con referencia FPU16/00534.

Agradecimientos

En consonancia con los claroscuros que caracteriza cualquier dilatada travesía, la concepción y la gravidez de esta tesis han sido un germen de ilusión y buenos propósitos, así como de dudas y cavilaciones. Un camino que, como la vida misma, está gobernado por la incertidumbre y la vacilación; espinosas (y necesarias) compañeras cuando se pretende, ingenuamente, resolver las complejas cuestiones que el humano torpemente es capaz de vislumbrar. Una experiencia que te descubre, pero no clarifica, que te forma, pero no solventa. Una puerta a lo que no se sabe, bajo la ilusión de saber más. Una cura de humildad que, lejos de languidecer el ánimo, permite celebrar la aproximación, aceptar la imperfección y agradecer que, a pesar de las limitaciones, uno pueda hacer de su trabajo, su vástago, un bien común.

Me enorgullece llegar al parto a término, aunque el resultado de este proceso es una crianza por hacer. Tengo la convicción de no poseer aún las habilidades que se le espera al progenitor de una obra significativa. Cuestión de menor importancia cuando uno está bien amparado. Nada de lo que he hecho (y queda por hacer) puede considerarse propio o genuino. En gran parte, aquello estimable en esta o cualquier otra obra que lleve mi nombre es mérito de quien me acompaña, me forma y me arropa. A ellas y ellos, ¡gracias!

A Antonio Rojas e Isabel Cuadrado. Jamás podré devolveros tanto como me habéis dado. Sois el pulso a la sangre de mis palabras, el viento en mi vela, mi faro.

A Elena Pita, porque todo tiene un origen y el mío, en la academia, eres tú.

A Alexandra Ríos, Ana Urbiola, Andreea Constantin, Ariadna Angulo, Álvaro Langer, Beatriz González, Claudia Suárez, Fernando Rico, José Manuel Cimadevilla, Juan

Ideación suicida: conceptualización y aspectos de la medida

Miguel García, Juan Sebastián Fernández, Luisa Cervantes, Mahmoud Slim, Marisol Navas, Pablo Pumares y Vania Martínez; por enseñarme sobre esta profesión y esta vida, por estar pendientes de mi suerte. Mi respeto y admiración siempre.

A Andrea Blanc, Lucía López y Pablo Sayans, por ser compañía, horizonte y espejo donde mirar y gustarme.

A María Sánchez, porque ni un millón de palabras harían justicia a lo que significas para mí y para esta tesis.

A Alba Calahorro, Aloe Cubero, Álvaro González, Ana Poghosyan, Andrés Barco, Antonio Rodríguez, Carlos Berenguel, Cynthia López, Daniel Pérez, Eva Ojeda, Francisco Expósito, Javier Gázquez, Javier Miralles, José Cazorla, Juan Manuel Hernández, Mar Guijarro, Miguel Ibáñez, Santiago Trejo, Sergio García, Sergio Fernández y Yared Gómez; por ser chimenea en mis días fríos, por hacer de mis vivencias y mi sentir algo único y compartido.

A mi familia, por ser la red donde caer, el cobijo, el alivio para todos los dolores de la vida.

A mis padres, Eusebia Carrasco y Luis Ordóñez. El origen de toda caricia y abrazo que he dado, de todo lo bueno que he sido, soy y seré. Inspiración desde la cuna hasta las canas. Ellos los alfareros, yo tan solo barro entre sus manos.

A mi hermano, Miguel Ordóñez. Mi compañero de vida, mi reflejo. Entre tu y yo ni espacio, ni tiempo.

Contenido

Resumen	15
<i>Abstract</i>	19
Capítulo 1. Marco teórico del suicidio y otras conductas autolíticas	23
<i>Breve evolución histórica de la conducta suicida</i>	24
<i>El suicidio en cifras en el mundo y en España</i>	28
En el mundo	28
En España	30
Fiabilidad de los datos sobre suicidios	32
En síntesis	34
<i>Aproximación conceptual al suicidio y otras conductas suicidas</i>	36
<i>Teorías del suicidio: desde las teorías clásicas hasta las teorías de la ideación a la acción suicida</i>	44
Teorías de la ideación a la acción suicida	49
La teoría interpersonal del suicidio (IPTS)	50
El modelo integrado motivacional-volitivo del suicidio (IMV)	54
La teoría de los tres pasos (3ST)	59
En síntesis	62
Capítulo 2. Ideación suicida: aproximación conceptual y aspectos de la medida	65
<i>Aproximación conceptual a la ideación suicida</i>	66
Factores involucrados en la ideación suicida	72
Ideación suicida y enfermedad física	73
Ideación suicida y psicopatología	74
Ideación suicida y percepción de ser una carga	78
Ideación suicida y pertenencia frustrada	80
Ideación suicida y derrota	82
Ideación suicida y atrapamiento	83
Ideación suicida y dolor psicológico	84
Ideación suicida y desesperanza	86
Ideación suicida y evitación experiencial	86
En síntesis	88
<i>¿Cómo se ha abordado la medida de ideación suicida?</i>	90
El Cuestionario de Necesidades Interpersonales	100
Las Escalas de Derrota y Atrapamiento	101
La Escala de Dolor Psicológico	103
La Escala de Desesperanza de Beck	105
Capítulo 3. Objetivos y secuenciación de los estudios de investigación	107
Capítulo 4. Estudios empíricos	121
<i>Estudio 1: Psychometric properties of the Spanish version of the 12-item Interpersonal Needs Questionnaire in fibromyalgia syndrome patients ¹</i>	122

Ideación suicida: conceptualización y aspectos de la medida

<i>Estudio 2: Adaptación al español de las escalas de derrota y atrapamiento en jóvenes adultos: propiedades psicométricas²</i>	138
<i>Estudio 3: Escala de dolor psicológico: adaptación de la Psychache Scale al español en jóvenes adultos³</i>	161
<i>Estudio 4: Ideation-to-action framework variables involved in the development of suicidal ideation: a network analysis⁴</i>	178
<i>Estudio 5: Frustrated interpersonal needs as a motivational moderator in the integrated motivational-volitional model⁵</i>	196
<i>Estudio 6: Entrapment and psychological pain as proximal variables of suicidal ideation: study of moderation⁶</i>	206
<i>Estudio 7: Experiential avoidance in the context of the integrated motivational-volitional model of suicidal behaviour: A moderation study⁷</i>	217
Capítulo 5. Discusión general	229
<i>Fase 1: Adaptar al contexto español las medidas de las variables psicológicas implicadas en el desarrollo de la ideación suicida</i>	235
<i>Fase 2. Conceptualizar la ideación suicida como una red psicológica constituida por las variables implicadas en su desarrollo</i>	243
<i>Fase 3. Comprobar el supuesto teórico del IMV que articula las variables del IPTS</i>	252
<i>Fase 4. Ampliar el contexto teórico del IMV para la inclusión del dolor psicológico y la evitación experiencial</i>	254
<i>Limitaciones y líneas futuras de investigación</i>	258
Capítulo 6. Contribuciones principales	265
<i>Main Contributions</i>	269
Referencias	272

Lista de Tablas

Tabla 1 Definiciones de suicidio	37
Tabla 2 Medidas de ideación suicida	94
Tabla 3 Secuenciación de estudios por fases	118
Table 1.1 Descriptive statistics of Spanish version of items of Interpersonal Need Questionnaire (INQ)	130
Table 1.2 Pattern matrix of the INQ-12 and INQ-10	131
Table 1.3 Pearson's coefficients for correlations between scores of both subscales of INQ-10 and the external variables measured; the total score of Beck Depression Inventory-II (BDI-II), the ninth item of BDI-II, and the total score of Plutchik Suicide Risk Scale.	135
Tabla 2.1 Análisis factorial exploratorio (AFE) y solución estandarizada del análisis factorial confirmatorio (AFC) de las adaptaciones al español de las escalas de derrota y atrapamiento	152
Tabla 2.2 Estadísticos descriptivos de los ítems de las adaptaciones al español de las escalas de derrota y atrapamiento	153
Tabla 2.3 Coeficientes de correlación de Pearson entre las puntuaciones totales de las adaptaciones al español de las escalas de derrota, atrapamiento y el resto de las variables	155
Tabla 3.1 Características sociodemográficas y clínicas de los participantes	164
Tabla 3.3 Coeficientes de correlación de Pearson entre las puntuaciones totales de la escala PS-E y el resto de las variables	172
Tabla 3.2 Estadísticos descriptivos, análisis factorial exploratorio (AFE) y solución estandarizada del análisis factorial confirmatorio (AFC) de los ítems de la escala PS-E	173
Table 4.1 Socio-demographic and clinical characteristics of participants	180
Table 4.2 Variable descriptive statistics, reliability estimations, explained variance, and strength centrality	184
Table 4.3 Zero order correlations (above the diagonal) and partial correlations (below the diagonal)	185
Table 5.1 Means, standard deviations, correlations, and results of the multiple regression analyses predicting suicidal ideation	202
Table 6.1 Socio-demographic and clinical characteristics of participants	208
Table 6.2 Means, standard deviations, and matrix of correlations	211
Table 6.3 Results of the multiple regression analyses predicting suicidal ideation	213
Table 7.1 Socio-demographic and clinical characteristics of participants	220
Table 7.2 Means, standard deviations and correlations between experiential avoidance, defeat, entrapment and suicidal ideation	225
Table 7.3 Results of the multiple regression analyses predicting entrapment	225

Lista de Figuras

Figura 1 Teoría Interpersonal del Suicidio	52
Figura 2 Modelo integrado motivacional-volitivo	56
Figura 3 Modelo de tres pasos	61
Figure 1.1 Sediment Graphs of the Parallel Analyses a) INQ-12, and b) INQ-10	132
Figure 1.2 Results of Confirmatory Factor Analysis of the INQ-10. Standardized Solution	133
Figura 2.1 Gráfico de sedimentación de los valores propios (análisis paralelo de la escala de derrota)	149
Figura 2.2 Modelo bifactorial de la escala de derrota (efecto de método)	150
Figura 2.3 Gráfico de sedimentación de los valores propios (análisis paralelo de la escala de atrapamiento)	151
Figura 3.1 Gráfico de sedimentación de los valores propios (análisis paralelo)	171
Figure 4.1 Estimated network	187
Figure 5.1 Three-way interaction effect (model 3)	201
Figure 6.1 Effect of interaction between entrapment and psychological pain on suicidal ideation	213
Figure 7.1 Two-way interaction effects (model 2)	226

Resumen

La presente tesis doctoral tiene como objetivo principal proponer una conceptualización de ideación suicida, así como un avance metodológico respecto a su medida, a partir de las variables psicológicas implicadas en su desarrollo según las teorías de la ideación a la acción suicida. Asimismo, se plantea a una ampliación del modelo teórico, el modelo integrado motivacional volitivo, que dé cabida a esta propuesta conceptual y metodológica. El fin último es lograr una mejor comprensión de la ideación suicida y la aplicación de un enfoque que haga más manejable su abordaje clínico. Para ello, esta tesis consta de 6 capítulos.

El capítulo 1 muestra un breve repaso histórico de la conducta suicida, datos epidemiológicos a nivel mundial y nacional, destacando especialmente los problemas asociados a la falta de fiabilidad y validez de los datos. Asimismo, este capítulo aborda la conceptualización del suicidio y otras conductas suicidas, con énfasis en la complejidad y la falta de acuerdo internacional para el conjunto de términos, definiciones y clasificaciones de las conductas autolesivas. Por último, se exponen los modelos y las teorías clásicas orientadas a la comprensión y predicción de las conductas suicidas, haciendo distinción entre las teorías clásicas y las actuales teorías psicológicas del suicidio bajo el marco teórico de la ideación a la acción suicida.

El capítulo 2 se enfoca en la conceptualización y aspectos de la medida de la ideación suicida. Se reflexiona sobre la pluralidad terminológica y definatoria de la ideación suicida, sobre el papel de la intención suicida en la definición y sobre la consideración tradicional de la ideación suicida como un mero predictor de otras conductas suicidas, en contraposición a un punto de vista orientado a la ideación

suicida como un objetivo clínico *per se*. Previo a los aspectos de la medida, se lista un conjunto de factores involucrados en la ideación suicida, con especial atención a la evitación experiencial y a las variables implicadas en su desarrollo según las teorías de la ideación a la acción suicida (i.e., percepción de ser una carga, pertenencia frustrada, percepción de derrota, percepción de atrapamiento, dolor psicológico y desesperanza). El capítulo finaliza con una revisión de las distintas medidas de ideación suicida, desde indicadores de ideación hasta instrumentos de medida conformados por agregados de variables relacionadas con la ideación suicida. Este apartado resalta algunas ventajas de medir con estas últimas y se focaliza en las escalas y cuestionarios que miden las variables implicadas en el desarrollo de la ideación suicida.

El capítulo 3 aborda el objetivo principal de la tesis y la secuenciación de los estudios de investigación realizados para cumplirlo. Los estudios empíricos se agrupan en cuatro fases o bloques según los objetivos específicos. La fase 1 está compuesta por tres estudios que tienen como finalidad adaptar al contexto español las medidas de las variables psicológicas implicadas en el desarrollo de la ideación suicida que no disponen de una versión al español (i.e., el cuestionario de necesidades interpersonales, INQ; las escalas de derrota y atrapamiento, DS y ES; y la escala de dolor psicológico, PS). La fase 2 incluye un estudio en el que se aplica el análisis de redes psicológicas para explorar la conceptualización de la ideación suicida como un sistema interactivo compuesto por la interrelación de las variables implicadas en su desarrollo. Una vez posicionados en el modelo integrado motivacional volitivo (IMV), la fase 3 pretende analizar el rol que desempeñan las variables de la teoría interpersonal del suicidio (i.e., percepción de ser una carga y

pertenencia frustrada) en la relación entre el atrapamiento y la ideación suicida, en consonancia con los resultados obtenidos en el análisis de redes y los supuestos teóricos del IMV. Finalmente, compuesta por dos estudios, la fase 4 propone una ampliación del IMV mediante la inclusión del dolor psicológico y la evitación experiencial como moderadores en la relación atrapamiento-ideación suicida (dolor psicológico) y en la relación derrota-atrapamiento (evitación experiencial).

El capítulo 4 está compuesto por el conjunto de estudios empíricos llevados a cabo en esta tesis. El primer estudio concluyó con una versión adaptada al contexto español y hallazgos en conformidad con unas adecuadas propiedades psicométricas del cuestionario de necesidades interpersonales (INQ) en una muestra de pacientes con síndrome fibromiálgico. El segundo y tercer estudio adaptaron a la cultura española las escalas de derrota y atrapamiento (estudio 2) y la escala de dolor psicológico (estudio 3) en una muestra de adultos jóvenes. Del mismo modo, ambos estudios mostraron resultados favorables respecto a las estimaciones de fiabilidad y evidencias de validez de las versiones al español de las tres escalas. El estudio 4 aplicó el enfoque de redes psicológicas y, mediante modelos de gráficos gaussianos, expuso evidencia empírica de la potencial conceptualización de la ideación suicida como una red compuesta por la interrelación de las variables implicadas en su desarrollo, a excepción de la pertenencia frustrada. Asimismo, incluir la gravedad de la ideación suicida a la red permitió evaluar qué variables están relacionadas directamente con esta (i.e., dolor psicológico, percepción de ser una carga y percepción de derrota). Este análisis también aportó información sobre las variables más relevantes en el sistema en términos de centralidad (i.e., percepción de derrota, dolor psicológico y percepción de atrapamiento). El estudio 5 comprobó y corroboró a través de un

modelo de regresión múltiple la triple interacción percepción de ser una carga, pertenencia frustrada y atrapamiento, con la gravedad de la ideación suicida como variable regresada. El resultado es coherente con el rol moderador motivacional de las variables de la teoría interpersonal del suicidio de forma conjunta (i.e., percepción de ser una carga y pertenencia frustrada) en la relación atrapamiento-ideación suicida, tal y como propone teóricamente el IMV. El estudio 6 examinó el potencial rol del dolor psicológico como moderador motivacional en el IMV, con resultados satisfactorios a la hipótesis planteada. Por último, el estudio 7 hipotetizó sobre el potencial rol moderador de la evitación experiencial en la relación derrota-atrapamiento. El resultado obtenido parece congruente con la afirmación de que el uso de la evitación experiencial como estrategia de resolución de la percepción de derrota agrava la situación y potencia la asociación derrota-atrapamiento.

El capítulo 5 presenta una discusión general respecto a los hallazgos de todos los estudios. Se cotejan los resultados con la literatura y se sintetiza las conclusiones derivadas de estos. Este capítulo acaba con la exposición de las limitaciones de esta tesis, posibles estudios orientados a solventar estas limitaciones y el planteamiento de una línea de investigación futura derivada de la experiencia de realizar este proyecto de investigación y los resultados obtenidos. Finalmente, **el capítulo 6** sintetiza las principales contribuciones de esta tesis.

Abstract

The main objective of this doctoral thesis is to propose a conceptualization of suicidal ideation, as well as a methodological advance regarding its measurement, based on the psychological variables involved in its development according to the theories of ideation to action framework. Likewise, an extension of the theoretical model that accommodates this proposal (i.e., the integrated motivational-volitional model) is also aimed at. The final goal is to achieve a better understanding of suicidal ideation and the application of an approach that makes the construct more clinically manageable. To this end, this research consists of 6 chapters.

Chapter 1 shows a brief historical review of suicidal behavior, epidemiological data at the global and national levels, highlighting especially the problems associated with the unreliability and validity of the data. This chapter also discusses the conceptualization of suicide and other suicidal behaviors, with emphasis on the complexity and lack of international agreement for the set of terms, definitions, and classifications of self-injurious behaviors. Finally, models and theories oriented to the understanding and prediction of suicidal behaviors are presented, distinguishing between classical and current psychological theories of suicide under the ideation to action framework.

Chapter 2 focuses on the conceptualization and aspects of the measurement of suicidal ideation. It reflects on the terminological and definitional plurality of suicidal ideation, on the role of suicidal intent in the definition, and on the traditional consideration of suicidal ideation as a mere predictor of other suicidal behaviors, as opposed to a view oriented to suicidal ideation as a clinical target per se. Preceding the measurement aspects, a set of factors involved in suicidal ideation is listed, with

special attention to experiential avoidance and the variables involved in its development according to theories of ideation to action framework (i.e., perceived burdensomeness, thwarted belongingness, perceived defeat, perceived entrapment, psychological pain, and hopelessness). The chapter concludes with a review of the various measures of suicidal ideation, from indicators of ideation to measurement instruments consisting of aggregates of variables related to suicidal ideation. This section highlights some advantages of measuring with the latter and focuses on scales and questionnaires that measure variables involved in the development of suicidal ideation.

Chapter 3 discusses the main objective of the thesis and the sequencing of the research studies carried out to fulfill it. The empirical studies are grouped into four phases or blocks according to the specific objectives. Phase 1 is composed of 3 studies that aim to adapt to the Spanish context the measures of psychological variables involved in the development of suicidal ideation that do not have a Spanish version (i.e., the Interpersonal Needs Questionnaire, INQ; the Defeat and Entrapment Scales, DS and ES; and the Psychological Pain Scale, PS). Phase 2 includes a study in which psychological network analysis is applied to explore the conceptualization of suicidal ideation as an interactive system composed of the interrelationship of the variables involved in its development. Once positioned in the integrated volitional motivational model (IMV), phase 3 aims to analyze the role played by the variables of the interpersonal theory of suicide (i.e., perceived burdensomeness and thwarted belongingness) in the relationship between entrapment and suicidal ideation, in line with the results obtained in the network analysis and the theoretical assumptions of the IMV. Finally, composed of two studies, phase 4 proposes an extension of the IMV

by including psychological pain and experiential avoidance as moderators in the entrapment-suicidal ideation relationship (psychological pain) and in the defeat-entrapment relationship (experiential avoidance).

Chapter 4 is composed of the set of empirical studies carried out in this thesis. The first study concluded with a version adapted to the Spanish context and findings in accordance with adequate psychometric properties of the Interpersonal Needs Questionnaire (INQ) in a sample of patients with fibromyalgia syndrome. The second and third studies adapted the defeat and entrapment scales (study 2) and the psychological pain scale (study 3) to the Spanish culture in a sample of young adults. Similarly, both studies showed favorable results with respect to reliability estimates and evidence of validity of the Spanish versions of the three scales. Study 4 applied the psychological network approach and, by means of Gaussian graph models, presented empirical evidence of the potential conceptualization of suicidal ideation as a network composed of the interrelation of the variables involved in its development, with the exception of thwarted belongingness. Likewise, including the severity of suicidal ideation to the network allowed us to assess which variables are directly related to it (i.e., psychological pain, perceived burdensomeness, and perception of defeat). This analysis also provided information on the most relevant variables in the system in terms of centrality (i.e., perceived defeat, psychological pain, and perceived entrapment). Study 5 tested and corroborated through a multiple regression model the triple interaction of perceived burdensomeness, thwarted belongingness, and entrapment, with severity of suicidal ideation as the regressed variable. The result is consistent with the motivational moderating role of the interpersonal theory of suicide variables jointly (i.e., perceived burdensomeness

and thwarted belongingness) in the entrapment-suicidal ideation relationship, as theoretically proposed by the IMV. Study 6 examined the potential role of psychological pain as a motivational moderator in IMV, with results satisfactory to the hypothesized hypothesis. Finally, study 7 hypothesized on the potential moderating role of experiential avoidance in the defeat-entrapment relationship. The result obtained seems congruent with the assertion that the use of experiential avoidance as a strategy for resolving the perception of defeat aggravates the situation and enhances the defeat-entrapment association.

Chapter 5 presents a general discussion regarding the findings of all studies. The results are compared with the literature and the conclusions derived from them are synthesized. This chapter ends with an exposition of the limitations of this thesis, possible studies aimed at solving these limitations and the proposal of a future line of research derived from the experience of carrying out this research project and the results obtained. Finally, Chapter 6 summarizes the main contributions of this thesis.

Capítulo 1. Marco teórico del suicidio y otras conductas autolíticas

“Matarse es, en cierto sentido y como en el melodrama, confesar. Es confesar que la vida nos supera o que no la entendemos. Mas no vayamos demasiado lejos en estas analogías y volvamos a las palabras corrientes. Es solamente confesar que ‘no vale la pena’. Vivir, naturalmente, jamás es fácil. Seguimos haciendo los gestos que la existencia pide por muchas razones, la primera de las cuales es la costumbre. Morir voluntariamente supone que hemos reconocido, aunque sea instintivamente, el carácter ridículo de esta costumbre, la ausencia de toda razón profunda para vivir, el carácter insensato de esa agitación cotidiana y la inutilidad del sufrimiento.”

ALBERT CAMUS
–El mito de Sísifo–

Breve evolución histórica de la conducta suicida

El suicidio es un tema fundamental que pone en entredicho cuestiones esenciales de nuestra condición humana. La gran mayoría de conductas del humano están orientadas, de forma directa o indirecta, a preservar la vida (e.g., dormir, comer, cooperar, procrear), por lo que resulta desconcertante que un ser vivo deje de actuar a favor de su existencia, de su protección y adaptación; en contra de su supervivencia. El fenómeno suicida está constituido por un conjunto de conductas caracterizadas por una potencial violencia autodirigida que, en última instancia, se expresa mediante la autoaniquilación. Una conducta que trasciende a quien la manifiesta y constituye el primer eslabón de una cadena de víctimas tales como la familia, los/as amigos/as y la comunidad.

¿Cómo es posible que algunas personas se quiten la vida deliberadamente?, ¿Qué condiciones corrompen nuestro “casi” imperturbable servicio a la supervivencia? Estas y otras cuestiones nos han acompañado a lo largo de nuestra historia como humanidad. Diferentes campos de conocimiento e intelectuales de todas las esferas han abordado este tópico. En cada época, **la consideración de la conducta suicida ha estado influenciada por el paradigma predominante en ese momento**. Ya **en la Antigüedad**, Pitágoras, Platón, Seneca o Aristóteles reflexionaron sobre la ética y las motivaciones del suicidio y, aunque las conclusiones de estos pensadores distasen de un pensamiento uniforme, había margen para la indulgencia y tolerancia con el acto suicida (Ortega-González, 2018; Soper, 2018). En las sociedades occidentales, la ideología y moral que impuso el clero **en la Época Feudal** acabó con todo atisbo de ambivalencia respecto al suicidio, lo que derivó en un rechazo y castigo unánime, así como a una gran hostilidad en la Reforma

Luterana (Giner et al., 2013). Hasta ese momento, el debate sobre el suicidio estaba supeditado, principalmente, al contexto de la teología y la deontología (e.g., Berrios, 1994). Con la Ilustración de fondo, el surgimiento de las ideas racionalistas **en el siglo XVIII y XIX** conllevó un proceso de laicización de la sociedad que, a su vez, repercutió en la desacralización del suicidio, surgiendo así un reemplazo de las narrativas fundamentalistas por una comprensión de la conducta suicida con una etiología psiquiátrica, y no por ello menos moralizante (Berrios y Mohanna, 1990). **A principios del siglo XIX**, Esquirol entendió la conducta suicida como una reacción o un síntoma de psicopatía ocasionado por una afección moral ligada a un conjunto de aspectos tales como la ambición, la ira, el remordimiento o el conflicto familiar, entre otros (Morón, 1992). **A finales de este siglo**, el trabajo *Le Suicide* del sociólogo Emile Durkheim (1951) supuso un nuevo punto de vista al contemplar el suicidio como un acto individual, pero de naturaleza social o, más concretamente, fruto del interaccionismo social. Una perspectiva que antepone los factores sociales como la causa principal. Esta perspectiva amplió las explicaciones psiquiátricas del acto suicida e introdujo la relevancia e implicaciones de las condiciones exteriores y objetivas de las personas y cómo interaccionamos con ellas. En definitiva, tras un siglo XIX profuso en cambios respecto a cómo se concibe el acto suicida, no podemos considerar que **el siglo XX** haya supuesto un paso en firme hacia la concepción del suicidio sin explicaciones marcadamente clínicas o libres de juicio moral (Giner et al., 2013).

En la actualidad, el conocimiento e interés científico acerca del suicidio se ha visto incrementado notablemente. En los últimos 40 años, las publicaciones sobre conductas suicidas representan el 10% de la producción científica en el campo de la

Ideación suicida: conceptualización y aspectos de la medida

psiquiatría (Barrigón y Baca-García, 2018). Y, si bien las causas de este tipo de conductas no se conocen en su totalidad (Franklin et al., 2017), hay un consenso respecto a considerar el suicidio como el producto de una compleja interacción de factores biológicos, psicológicos, sociales, ambientales y culturales (O'Connor y Nock, 2014). Este conjunto de factores implicados tan dispares, así como la enorme pérdida de vidas humanas que supone a nivel global, ha motivado la acción conjunta y multidisciplinaria con el objetivo de vigilar, comprender y prevenir las conductas suicidas. En 2013, en su sexagésima sexta Asamblea, la Organización Mundial de la Salud desarrolló el primer plan de acción sobre la salud mental (2013-2020), el cual incluye una ambiciosa meta: reducir la tasa de suicidio mundial en un 10%. Este plan concibe el suicidio como un problema global y su prevención como un imperativo que requiere una estrategia integral y multisectorial que aúne el esfuerzo de los ministerios de salud e instancias normativas, las organizaciones no gubernamentales, los investigadores, los sanitarios, los agentes sociales y los medios de comunicación (*World Health Organization [WHO], 2014*). Sin embargo, a pesar de este y otros esfuerzos, el suicidio sigue siendo un reto global no resuelto (Sáiz y Bobes, 2014). Las conductas suicidas siguen representando un drama personal, familiar y social; y su incidencia no solo es estable, sino que sigue una tendencia ascendente en algunas franjas de edad (e.g., Navarro-Gómez, 2017; Swanson et al., 2015).

Hoy en día, el acto suicida sigue siendo un tabú en muchas sociedades; pocos países incluyen un programa nacional de prevención del suicidio y los datos reportados a nivel mundial carecen de la fiabilidad necesaria (WHO, 2020a). Empezamos a ser conscientes de la relevancia del suicidio, pero **numerosos**

interrogantes acechan nuestro afán por comprender y prevenir las conductas suicidas, ¿estamos identificando de forma adecuada a las personas que pueden suicidarse?, ¿sabemos qué y cómo debemos evaluarlas?, ¿las medidas propuestas para evitar el suicidio son eficaces? y, en definitiva, ¿entendemos realmente qué es la conducta suicida? (Barrigón y Baca-García, 2018; López-Castroman et al., 2015).

El suicidio en cifras en el mundo y en España

En el mundo

En los últimos 45 años, **las muertes por suicidio se han incrementado un 60% a nivel global** (WHO, 2020a). Entre las 10 primeras causas de muerte en el mundo, el suicidio es la única que no ha descendido en la última década (Swanson et al., 2015). Se estima que alrededor de 800.000 personas han muerto por suicidio cada año en el mundo (WHO, 2019a). Sin embargo, para el año 2020, la Organización Mundial de la Salud estimó un millón y medio de suicidios anuales (Bertolote y Fleischmann, 2002; Kumar, 2017), es decir, **un suicidio cada 21,9 segundos**.

En 2016, la tasa media mundial de suicidios ponderada por edad era de 10.5 personas por cada 100.000 habitantes (WHO, 2018; 2019b). Tradicionalmente, **los hombres de edad avanzada presentan las tasas de suicidio más altas, sin embargo, dicha tasa ha aumentado en jóvenes, situando a esta franja de edad como la de mayor riesgo en un tercio de los países desarrollados y en desarrollo** (WHO, 2020a). Actualmente, el suicidio representa la segunda causa de muerte entre los adolescentes y jóvenes adultos de edades comprendidas entre los 15-29 años (WHO, 2017) y la tercera causa de muerte entre los 15-44 años en ambos sexos (WHO, 2020a). Según la OMS, se observa una pauta general: los niños y adolescentes de hasta 15 años presentan las tasas de suicidio más bajas por cada 100.000 personas, pero esta tasa aumenta gradual y considerablemente desde los 15 años hasta la senectud (WHO, 2014). Este patrón tiene algunas excepciones. Por un lado, los países con ingresos bajos presentan una tasa de suicidio

excesivamente alta entre los jóvenes adultos (Shah, 2010). Por otro lado, países como Estados Unidos, Australia, Canadá, Reino Unido, Grecia o Irlanda muestran mayores tasas de suicidio entre los 45-65 años y los mayores de 85 años (*Centers for Disease Control and Prevention*, 2018; Pitman et al., 2012; WHO, 2020b; Yip et al., 2012). **En general, en frecuencia absoluta por grupo de edad, los jóvenes mueren más por suicidio, pero en frecuencia relativa es hasta ocho veces mayor en las personas de edad avanzada** (Bertolote y Fleischmann, 2002).

Asimismo, **los datos presentan variaciones remarcables según el país**, desde los 5 suicidios por cada 100.000 habitantes hasta los 30 por cada 100.000 habitantes (WHO, 2019b). En el mundo, a pesar de que el 79% de los suicidios ocurre en los países de ingresos bajos y medios, los países con ingresos altos presentan las tasas más altas (11.5 por cada 100.000 habitantes; WHO, 2019b). Durante las últimas seis décadas, Japón, Hungría y Lituania han encabezado la lista de países con mayor tasa de suicidio (Värnik, 2012). Actualmente, Corea del Sur encabeza esta lista, con una tasa de suicidio de 23 por cada 100.000 habitantes, y países como Lituania, Letonia y Bélgica ocupan un puesto entre los cinco primeros (OECD, 2020). Asimismo, China e India son los mayores contribuyentes al número absoluto de muertes por suicidio en el mundo (Värnik, 2012). Si analizamos las tasas de suicidio anuales en bruto y ponderadas por edad (por cada 100.000 habitantes) según las regiones delimitadas por la OMS, la región del Mediterráneo Oriental tiene una tasa de suicidio bruta de 3,8 y ponderada por edad de 4,3; la región africana de 8,8 y 12,8; América de 9,6 y 9,1; la región occidental del Pacífico de 10,8 y 9,1; la región del Sudeste Asiático de 12,9 y 13,3; y, Europa de 14,1 y 11,9 (Bachmann, 2018). Estas variaciones entre países no solo se circunscriben a la tasa anual (bruta y

ponderada por edad), los hombres mueren por suicidio tres veces más que las mujeres en los países con altos ingresos (3:1), ratio que decrece hasta el 1:1 en los países con ingresos bajos y medios (WHO, 2019b).

En España

Con relación al resto de países, **España posee una tasa de suicidios baja**, especialmente si se compara con países de Europa del Este como Hungría, de Europa Central como Eslovenia, de países orientales como Corea del Sur o Japón, e incluso con países limítrofes como Portugal o Francia (OECD, 2020). En 2019 (últimos datos anuales disponibles), según las estadísticas de defunción por causa de muerte del Instituto Nacional de Estadística (INE), 3.671 personas murieron por suicidio en España (INE, 2021). Esto equivale a 7,81 suicidios por cada 100.000 habitantes, así como a **10 suicidios al día o un suicidio cada dos horas y media**. Del total, 2.771 eran hombres (75,5%) y 900 mujeres (24,5%), con una ratio hombre-mujer de 3:1 (INE, 2021). Desde que comenzó el siglo XXI, el número de suicidios en España puede considerarse estable en ambos sexos, con una variación máxima de 752 suicidios, desde el mínimo de 2010 con 3.158 suicidios hasta el pico máximo alcanzado en 2014 con 3.910 suicidios (INE, 2021). En estas dos últimas décadas, las tasas de suicidio anual también se han mantenido estables (entre 7-8 por cada 100.000 habitantes), con diferencias remarcables entre hombres (entre 10-13 por cada 100.000) y mujeres (entre 3-4 por cada 100.000) (INE, 2021).

Durante el 2019, las tasas de suicidio por franja de edad (INE, 2021) en España siguen el patrón común: incidencia más baja en menores de 15 años (0,10 por cada 100.000 habitantes), una incidencia notablemente más alta en el grupo de

los 15-39 años (5,33 suicidios por cada 100.000 habitantes) y un aumento constante hasta la vejez (10,18 por cada 100.000 habitantes para el grupo de edad entre los 40-65 años, y 12,77 por cada 100.000 habitante entre los mayores de 65 años). En 2019, el 43,4% de los suicidios en España se produjeron en la franja de edad de los 40-59 años (INE, 2021). Del mismo modo, las personas entre 15 y 39 años representaron el 19,7% (722 suicidios) del número total de suicidios en España.

En 2019, por Comunidades Autónomas, Andalucía es la comunidad que presenta un mayor número de suicidios (el 17,4% del total), seguida de Cataluña (14,6%) y la Comunidad Valenciana (12,3%) (INE, 2021). No obstante, Asturias (12,6), Galicia (10,8) y Castilla y León (9,1) son las Comunidades Autónomas con mayores tasas de suicidio por cada 100.000 habitantes (INE, 2021).

El **suicidio es la principal causa externa de muerte en España** (INE, 2021), siendo más común que los accidentes de tráfico (2 veces más), los homicidios (13 veces más) y las víctimas de violencia de género (67 veces más). Sin embargo, **España aún no cuenta con un plan nacional o estrategia de prevención nacional del suicidio** (Fundación Española para la Prevención del Suicidio [FSME], 2021), hecho que contrasta con la implementación de políticas activas para la prevención de los accidentes de tráfico, contra el crimen organizado y la delincuencia grave, y la violencia de género. Asimismo, se estima que un porcentaje de muertes categorizadas como resto de causas externas, como los ahogamientos o las caídas, pueden ser asignaciones erróneas que oculten más muertes por suicidio (FSME, 2021).

Fiabilidad de los datos sobre suicidios

La mayoría de los países industrializados empezaron a registrar las causas y el modo de las muertes a finales del siglo XIX y principios del siglo XX (Tøllefsen et al., 2012). Sin duda, las tasas de suicidio son la base para justificar y evaluar los programas de intervención (Katz et al., 2015). Sin embargo, **la comparación de las estadísticas sobre el suicidio entre los países y entre diferentes periodos es compleja debido a la disparidad en los métodos de clasificación y las formas de registro** (Tøllefsen et al., 2012).

En 1988, Farmer (1988) señaló que el número de muertes identificadas y clasificadas como suicidios no reflejaba la realidad, debido a que existen diferentes particularidades que hacen de ésta una tarea compleja. Un motivo que señala el autor es la dificultad para comprobar la intencionalidad del fallecido que, en ocasiones, nunca llega a ser verificada. Otro motivo es que los criterios para determinar un suicidio pueden necesitar de pruebas complementarias que pueden dilatarse en el tiempo, considerando la etiología de la muerte como indeterminada hasta recopilar todas las pruebas. Y, por último, según Farmer (1988), otro posible motivo es la actitud hacia el suicidio por parte de la sociedad y de la familia del fallecido que, ya sea por cuestiones culturales, religiosas y/o económicas, se decantan por atribuir el fallecimiento a una muerte accidental, para así poder cobrar un seguro y/o evitar la estigmatización social y las consecuencias psicológicas de un suicidio.

Un gran número de científicos ha destacado este problema (e.g., Johansson et al., 2006; Pearson-Nelson et al., 2004), pero **pocos estudios han tenido como objetivo el análisis de la fiabilidad y validez de las estadísticas sobre el**

suicidio (Tøllefsen et al., 2012). En Tel Aviv, Bakst et al. (2016) hipotetizaron la posibilidad de que un alto porcentaje de las muertes categorizadas como indeterminadas podrían contener muertes por suicidio mal clasificadas. Tras la ejecución de un nuevo procedimiento para clasificar las causas de la muerte basado en los datos demográficos, las admisiones previas en unidades psiquiátricas y una exhaustiva investigación retrospectiva que evaluaba los testimonios de familiares y amigos, registro médicos, forenses e informes de autopsia, llegaron a la conclusión de que la clasificación de los suicidios se subestima en aproximadamente un 30%. Esta imprecisión no parece exclusiva de Israel. Un análisis mundial sobre los errores en la clasificación de las muertes por suicidio señaló la **existencia de una infraestimación global del suicidio**, en su gran mayoría, por los problemas relacionados con la falta de sensibilidad en las certificaciones de los suicidios, así como la disminución de las tasas de autopsia (Rockett et al., 2011).

En España, Giner y Guija (2014) examinaron el número de suicidios notificados por el Instituto Nacional de Estadística (INE) y el Instituto de Medicina Legal (IML) durante un periodo de 5 años (2006-2010). Los resultados muestran un alto grado de discrepancia entre el número de suicidios comunicados por ambas entidades, con un menor número de notificaciones por parte del INE en todos los años analizados. Diferencias que pueden llegar hasta los 174 casos, como ocurrió en Madrid en 2010, y que constatan que **los procedimientos de identificación y clasificación de las muertes por suicidio en España tampoco son fiables.**

En síntesis

En conclusión, la prevalencia de suicidio en el mundo, lejos de disminuir, ha aumentado en las últimas décadas (WHO, 2020a). El suicidio se posiciona como una de las causas externas de muerte más relevantes de forma global y la única que no ha disminuido entre las diez principales causas externas de muerte (Swanson et al., 2015). Asimismo, existen variaciones en la prevalencia del suicidio según el género y la edad. En general, los hombres presentan una prevalencia de suicidio mayor que las mujeres (ratio 3:1), aunque la ratio se iguala en los países con menos ingresos (WHO, 2019b). No obstante, se tiene constancia de que las conductas suicidas no fatales, incluida la ideación suicida, son más comunes en las mujeres que en los hombres (e.g., Mościcki, 1995). Respecto a la edad, las estadísticas muestran una mayor prevalencia de suicidio entre las personas de mayor edad en comparación con los jóvenes. Sin embargo, el suicidio es especialmente transcendental entre los adolescentes y jóvenes adultos, ya que constituye la segunda causa de muerte en la franja de edad entre los 15-29 años (WHO, 2017). Los datos no resultan esperanzadores, los países con ingresos bajos presentan una alta tasa de suicidio entre los jóvenes adultos (Shah, 2010) y, en general, podría decirse que esta tasa muestra una tendencia creciente (Bertolote y Fleischmann, 2002). Del mismo modo, si tomamos en consideración la conducta suicida no fatal, esta parece más prevalente entre los jóvenes en comparación con las personas mayores (e.g., McIntosh et al., 1994).

España, junto a países como Italia, Albania o Grecia, presenta la tasa de suicidio más baja entre los países europeos (OECD, 2020). Sin embargo, este hecho no impide que el suicidio sea la principal causa externa de muerte en España, junto

a los accidentes (INE, 2021). Resulta notorio que España no cuente con un plan nacional o estrategia de prevención nacional cuando el suicidio provoca más muertes que los accidentes de tráfico, los homicidios o la violencia de género, causas para las que sí existen políticas activas para atajar la problemática (FSME, 2021).

A pesar de estos datos, bastantes alarmantes de por sí, la magnitud de este problema podría estar infraestimada (e.g., Rockett et al., 2011). Si bien las diferencias que se observan en las tasas de suicidio entre países podrían reflejar una distinción real entre diferentes contextos, esta diferenciación también podría deberse a la variedad de métodos de clasificación y formas de registro (Tøllefsen et al., 2012). La compleja tarea de clasificar una muerte por suicidio, junto a la actitud hacia el suicidio por parte de la sociedad (la cual podría preferir atribuir el fallecimiento a una muerte accidental por cuestiones culturales, religiosas, legales y/o económicas), ponen en entredicho la fiabilidad y validez de estos datos. A ello se suma la inconsistencia de las definiciones y nomenclaturas de las conductas suicidas (Goodfellow et al., 2017, 2018). Desde mediados del siglo pasado, numerosos autores han reclamado la necesidad de un consenso internacional sobre la terminología, definición y nomenclatura de la conducta autolesiva (e.g., Comstock, 1979; Kreitman et al., 1969). Una terminología y definiciones explícitas y generalizables, basada en criterios universalmente inequívocos, que permita caracterizar exhaustivamente este tipo de conductas. Un deseo común del campo de la suicidología que se estima que repercutiría en una mejora de la comparación de la investigación, la intervención y la vigilancia del suicidio en todo el mundo (Silverman y De Leo, 2016).

Aproximación conceptual al suicidio y otras conductas suicidas

Actualmente, no existe un conjunto de términos, definiciones o clasificaciones que disponga del acuerdo internacional para el conjunto de pensamientos, comunicaciones y comportamientos relacionados con la conducta autolesiva (Silverman y De Leo, 2016). Como se ha mencionado en el apartado anterior, esta situación dificulta la comparación, la generalización y la contrastación de las investigaciones y los informes clínicos, así como el análisis de las tendencias y la idoneidad de las intervenciones. Esta cuestión ha sido objeto de atención y debate desde mediados del siglo pasado. Sin embargo, a pesar de los esfuerzos en la literatura para desarrollar definiciones operativas y nomenclaturas uniformes, claras y consistentes (e.g., Crosby et al., 2011; De Leo et al., 2006; Posner et al., 2007; Silverman et al., 2007a, 2007b), ninguna ha alcanzado un consenso internacional, ni ha aportado evidencia sobre la precisión con la que los términos y definiciones propuestos describen la fenomenología, ni la claridad de su clasificación (Silverman y De Leo, 2016).

A lo largo de la literatura, **los intentos por definir el suicidio están impregnados de la orientación teórica de sus autores y la cultura considerada**, hecho que ha supuesto una dificultad extra para la adquisición de un consenso universal (De Leo et al., 2006). Por poner un ejemplo respecto a la orientación teórica de los autores, como puede verse en la Tabla 1, la definición de Durkheim (1951) está enfocada en un contexto sociológico, mientras que la definición de Baechler (1980) es de carácter existencial y la de Shneidman (1985) contempla el suicidio, básicamente, como un proceso psicológico. En cuanto al

aspecto cultural, un buen ejemplo es la palabra alemana para el suicidio: *Selbstmord*, que se traduce literalmente como “autoasesinato” (este hecho también ocurre en los países escandinavos), lo que aporta un matiz inmoral y delictivo que dificulta el camino hacia una definición imparcial y libre de juicio de valor (Mayo, 1992).

Tabla 1 Definiciones de suicidio

Durkheim (1951)	"Todos los casos de muerte que resulten directa o indirectamente de un acto positivo o negativo de la propia víctima, que sabe que producirá este resultado"
Baechler (1980)	"Todo comportamiento que busque y encuentre la solución a un problema existencial al atentar contra la vida del sujeto"
Shneidman (1985)	"El suicidio es un acto consciente de aniquilación autoinducida, que se entiende mejor como un malestar multidimensional en un individuo necesitado que define un problema para el cual el suicidio es percibido como la mejor solución"
Rosenberg et al (1988)	"La muerte que surge de un acto infligido a uno mismo con la intención de matarse"
Ivanoff (1989)	"Muerte autoiniciada e intencional"
Mayo (1992)	"La definición de suicidio tiene cuatro elementos: 1) un suicidio tiene lugar cuando ocurre una muerte; 2) debe ser por iniciativa propia; 3) la acción del suicidio puede ser activa o pasiva; 4) implica poner fin a la propia vida de forma intencionada"
Silverman y Maris (1995)	"El suicidio no es, por definición, una enfermedad, sino una muerte causada por una acción o comportamiento intencional autoinfligido"
WHO (1998)	"El acto de matarse a sí mismo iniciado y realizado deliberadamente por la persona interesada con pleno conocimiento o expectativa de su resultado fatal"

Fuente: De Leo et al. (2006)
Elaboración propia

Solventar esta problemática pasa por formular definiciones suficientemente amplias como para que puedan aplicarse a un conjunto de sistemas de creencias y, simultáneamente, tan específicas como para que se adecúen a las características

culturales (De Leo et al., 2006). Con este propósito, la Organización Mundial de la Salud (OMS, 1986) definió el suicidio como un acto con resultado fatal [**resultado del comportamiento**] que fue iniciado y llevado a cabo por la persona fallecida [**agencia del acto**] con el propósito de provocar los cambios deseados [**intención de morir o dejar de vivir**], sabiendo o esperando un resultado potencialmente fatal [**conciencia o conocimiento de los resultados**]. Los elementos destacados entre corchetes han sido propuestos como las características lógicas comunes a la mayoría de las definiciones de suicidio (De Leo et al., 2006). Este hecho puede ser contrastado en la revisión de la literatura que realizaron Goodfellow et al. (2018) con el objetivo de analizar la presencia de estas cuatro características lógicas en 26 contribuciones contemporáneas de la definición del suicidio (desde 1960 hasta la actualidad). Los resultados de esta revisión mostraron que los cuatro elementos parecen cubrir una gran parte de las definiciones existentes de suicidio; sin embargo, no siempre se presentan de forma conjunta y con la misma frecuencia. La agencia (conducta autoinfligida) se suele utilizar más comúnmente en las definiciones de conducta suicida no fatal que en la definición de suicidio. El conocimiento o conciencia del resultado es más común entre las definiciones de suicidio, aunque existen discrepancias entre algunos autores, quienes consideran que la intención ya conlleva el conocimiento del resultado. Asimismo, la intención (de morir o dejar de vivir) es también muy común en las diferentes definiciones de suicidio analizadas, aunque es probablemente la característica que más debate ha suscitado, y el resultado (fatal) es, sin duda, el elemento más frecuente (y evidente) en todas las definiciones. En definitiva, si bien los cuatro elementos podrían asentar las bases de un futuro consenso mundial sobre la definición de suicidio, **aún se observan**

discordancias y aspectos discutibles que limitan el consenso internacional (De Leo et al., 2021).

La inconsistencia y la falta de acuerdo en la definición de suicidio resulta menos problemática si la comparamos con las desavenencias originadas en la ardua tarea de definir y clasificar la conducta suicida y/o las conductas relacionadas con el suicidio (Silverman y De Leo, 2016).

Para la OMS (2014), la conducta suicida refiere a una serie de comportamientos que incluyen pensar en el suicidio (o ideación), la planificación del suicidio, el intento suicida y el suicidio en sí mismo. Sin embargo, actualmente, persiste una considerable confusión respecto a qué es una conducta suicida y qué criterios debe cumplir para clasificarse o etiquetarse como tal (e.g., Angelotta, 2015; Beautrais, 2001; De Leo, 2015). **La ausencia de criterios uniformes ha dado lugar a una amplia gama de términos** (e.g., pensamientos de muerte, intención, motivación, amenazas, gestos, comportamiento preparatorio, abortados, autolesiones no suicidas, etc.) y definiciones con el propósito de precisar que, lejos de resolver la cuestión, la ha acentuado. De forma recíproca, **las nomenclaturas propuestas en la literatura** (e.g., Crosby et al., 2011; De Leo et al., 2006; Posner et al., 2007; Silverman et al., 2007a, 2007b) **se han visto afectadas por la pluralidad terminológica y definitoria, y han originado más multiplicidad**. No obstante, con el fin de armonizarlas mediante las características comunes anteriormente vistas, Goodfellow et al. (2017) evaluaron 13 nomenclaturas desde el 1960 hasta la actualidad. En este caso, el resultado (fatal o no) y la intención (de morir o dejar de vivir) son las dos principales características distintivas entre los términos y las definiciones que constituyen las nomenclaturas analizadas. Si bien

esto podría constituir un punto de partida que nos dirija hacia el consenso, estos elementos comunes no están exentos de discrepancia y debate académico. Uno de los ejemplos más discutibles es la consideración de la intención como la característica calificativa para la distinción entre conducta autolesiva suicida o no suicida (Silverman y De Leo, 2016), principalmente, debido a su dificultad para abordarla, su fluctuación y su ambivalencia, así como la posibilidad de ser ocultada, disfrazada o exagerada (Silverman y Berman, 2014; WHO, 2014).

Como se ha visto hasta ahora, el único punto de unánime acuerdo es **la necesidad de una nomenclatura transcultural y consensuada internacionalmente para las conductas suicidas**. Por ello, la Asociación Internacional para la Prevención del Suicidio (IASP) ha creado un grupo de trabajo (grupo de interés especial) que entre sus cometidos está el desarrollo de una nomenclatura estandarizada y de aplicación global (Silverman y De Leo, 2016). Los primeros resultados de este proyecto lo encontramos en el trabajo de De Leo et al. (2021), el cual tuvo como objetivo evaluar el consenso sobre un conjunto de términos y definiciones ampliamente utilizados para describir las conductas suicidas. Para ello, los/as participantes, 126 miembros (30% médicos/as, 29% psicólogos/as, 10% epidemiólogos/as y 31% otros/as profesionales de la salud pública, profesorado, trabajadores/as sociales, etc.) de la Organización Internacional para la Prevención del Suicidio (IASP) residentes en 63 países (30 países de ingresos bajos y medianos y 33 de países de ingresos altos), debían responder si estaban de acuerdo o no con un conjunto de afirmaciones no excluyentes sobre las características de la definición de suicidio (i.e., el resultado del comportamiento, la agencia del acto, la intención de morir o dejar de vivir y la conciencia o conocimiento de los resultados), así como

seleccionar el término que más se adecuaba a 16 afirmaciones sobre conducta suicida no fatal.

Respecto al suicidio, la gran mayoría (aproximadamente el 80%) estuvo de acuerdo con la afirmación *el suicidio es un acto que resulta en muerte*. Similar grado de acuerdo (80-90%) obtuvo la afirmación *el suicidio es un acto que se puede realizar con el conocimiento de un resultado fatal, pero la persona no está segura de ese resultado*. En cuanto la agencia del acto, la opción que más acuerdo generó (aproximadamente el 60%) fue *el suicidio es un acto que es iniciado y necesariamente llevado a cabo por uno mismo hasta el final de la acción*. Por último, para evaluar la intención se propuso cinco afirmaciones y cuatro de ellas obtuvieron un consenso mayor del 50%, lo que denota la discrepancia que suscita esta característica. Los/as encuestados/as se decantaron por las opciones que afirmaban que el acto suicida puede realizarse con ausencia de intención explícita, con una intención ambigua, con una intención que conlleva riesgo de morir o con una intención diferente a la de morir.

En cuanto a las conductas suicidas no fatales, el 92% calificó como intento de suicidio al *acto de una persona que se lastimó a sí misma con la intención de morir, pero sobrevivió*. Sin embargo, la afirmación que planteaba una situación igual, pero sin intención de morir, aglutinó un menor consenso, destacando la autolesión con un 24%. Del mismo modo, aquellas afirmaciones donde *la persona se lastimaba a sí misma y sobrevivía, pero no expresaba su intención por cualquier motivo o no quiso declararla* mostraron un bajo grado de acuerdo alrededor de los términos intento de suicidio y autolesión. Por lo que puede concluirse que, a pesar de las razones mencionadas respecto a la dificultad que atañe al uso de la intención como

Ideación suicida: conceptualización y aspectos de la medida

una característica calificativa, esta sigue siendo fundamental para distinguir entre conducta autolesiva suicida (i.e., intento de suicidio) o no suicida (i.e., autolesión). Igualmente, términos como amenaza de suicidio (vs. participación en un comportamiento suicida), intento suicida abortado (vs. intento suicida interrumpido) o conducta suicida preparatoria (vs. plan suicida) también mostraron un desacuerdo notorio entre los/as participantes.

Finalmente, **el término ideación suicida gozó de un amplio grado de acuerdo**. Las respuestas de los/as encuestados/as sugieren **una definición muy inclusiva conformada por los pensamientos suicidas con intención y sin intención que ocurren de forma ocasional, reactiva, transitoria o persistente**. Asimismo, se incluye en esta definición la comunicación de una intención suicida sin incurrir en un intento u otra conducta suicida. Los/as participantes sí hicieron distinción respecto al deseo, el cual solo fue referido como ideación suicida cuando se deseaba la muerte provocada por sí mismo. En contraposición, la esperanza de morir que no estaba acompañada de un pensamiento de infringirse la muerte fue etiquetado como deseo de muerte. Esto resulta especialmente llamativo, ya que algunos autores (e.g., Balaguer et al., 2016) consideran que el deseo de muerte es un término más general e inespecífico que incluiría la ideación suicida como un tipo de deseo.

En síntesis, el desarrollo de una nomenclatura de conducta suicida de amplio consenso internacional es un ambicioso objetivo que aún está dando sus primeros pasos. El proceso se espera que sea largo y complejo, pero proyectos como el de la IASP (De Leo et al., 2021; Silverman y De Leo, 2016) invitan al optimismo. La presente tesis tiene como objetivo general la aproximación al concepto y la medida

de ideación suicida. Tal y como hemos visto en el reciente trabajo de De Leo et al. (2021), estamos de acuerdo en la consideración de la ideación suicida como un concepto amplio e inclusivo. Sin embargo, la literatura está colmada de definiciones, más y menos inclusivas, y consideraciones/creencias que, desde nuestro punto de vista, son inexactas (e.g., la ideación suicida con intención es la única clínicamente grave). En definitiva, **el concepto de ideación suicida se ha visto damnificado por los mismos males que el resto de los términos y las definiciones en el campo de la suicidología.**

Por último, la complejidad para definir y clasificar la conducta suicida puede extenderse al propósito de explicarla y predecirla. Con este último fin, desde el siglo XIX, la literatura propone un conjunto de teorías que pretenden abordar la conducta suicida desde diferentes perspectivas y ramas de conocimiento. En el siguiente apartado las repasaremos brevemente y nos centraremos concretamente en las teorías del suicidio contemporáneas que han surgido bajo el marco teórico de la ideación a la acción suicida.

Teorías del suicidio: desde las teorías clásicas hasta las teorías de la ideación a la acción suicida

Con el fin de comprender el proceso por el cual surgen las conductas suicidas, **las teorías del suicidio aportan un contexto para organizar los hechos y los conceptos, así como la confirmación o refutación de las predicciones teóricas** (Gunn y Lester, 2014; Meleis, 2012; Quinn, 2016). A pesar de la abundante literatura sobre el fenómeno suicida y sus correlatos, los intentos de conformar modelos que articulen la evidencia empírica en una teoría global y coherente no han sido tan numerosos (Barzilay y Apter, 2014). Según Prinstein (2008), se espera que los modelos teóricos sobre las conductas suicidas cumplan una serie de criterios: a) ser coherente con la evidencia empírica sobre los factores de riesgo y dar cuenta de ellos, b) abordar exhaustivamente la interacción entre los sistemas intraindividuales y los factores interindividuales, y, c) ofrecer una visión de cómo interactúan los factores contextuales y/u otros factores de riesgo con los desencadenantes próximos para predecir las conductas suicidas. Sin embargo, la mayoría de los desarrollos teóricos, especialmente los clásicos, difícilmente cumplen de forma parcial o completa con los criterios mencionados. **Las primeras teorías sobre el suicidio podrían considerarse protocientíficas**, ya que derivaban de la observación de datos (e.g., ratios de suicidio), gran parte de sus predicciones no eran comprobadas empíricamente y su escrutinio empírico se basaba meramente en estudios de caso y controles (Millner et al., 2020). Además, estas teorías han abordado **el suicidio como un fenómeno singular**, lo que ha derivado en explicaciones únicas y

globales, generalmente, simplistas y centrada en factores de riesgo únicos o dominios específicos de riesgo suicida (Klonsky et al., 2018; Millner et al., 2020).

El desarrollo de teorías enfocadas en el suicidio no se ha circunscrito en exclusiva al ámbito psicológico. Ramas de conocimiento como la biología o la sociología también han propuesto explicaciones sobre el qué el cómo y el porqué de la conducta suicida. En general, **las teorías biológicas** defienden la existencia de componentes de riesgo fisiológicos y hereditarios (e.g., desregulación del sistema serotoninérgico o problemas funcionales en la corteza prefrontal ventromedial), en conjunto denominados diátesis biológica, que cuando se combinan con factores ambientales estresantes puede resultar en conducta suicida (Caspi et al., 2003; Gibb et al., 2006; Mann, 2003; Mann et al., 1999; Oquendo y Mann, 2000; Selby et al., 2014). Sin embargo, las condiciones fisiológicas destacadas y los factores estresantes son algo común en personas que no manifiestan conducta suicida de ningún tipo, por lo que este punto de vista no ha encontrado suficiente apoyo debido a su falta de especificidad en la predicción de las conductas suicidas (Selby et al., 2014). **Desde una perspectiva sociológica** del suicidio, la teoría más destacada es la teoría sociológica de Durkheim (1951). En su libro *Le Suicide*, en 1897, el autor propuso que las fuerzas sociales son la causa primaria del suicidio, es decir, el suicidio como resultado de una perturbación de la regulación del individuo debido a dos fuerzas sociales, la integración social (i.e., el vínculo que tiene el individuo con los demás y su sociedad en conjunto) y la regulación moral (i.e., cómo una sociedad regula la conducta de los individuos a través de las normas sociales y el sistema jurídico). En síntesis, la teoría de Durkheim podría considerarse una gran contribución. Esta fue la primera teoría que trató de clasificar los diferentes tipos de suicidio y sus razones.

Igualmente, en ese momento, la mayoría de las explicaciones sobre la conducta suicida giraban alrededor de los factores individuales, por lo que enfatizar los factores socioestructurales resultó un enfoque novedoso respecto a este tópico. No obstante, debido precisamente a que obvia el papel modulador de otros factores, esta teoría es incapaz de explicar las razones de por qué no se produce el suicidio masivo en condiciones sociales propensas según la teoría (Selby et al., 2014). A pesar de ello, de una manera u otra, la teoría sociológica ha impregnado con sus ideas las teorías posteriores que han destacado la interacción individuo-sociedad como elemento fundamental para el desarrollo de la conducta suicida (e.g., la teoría interpersonal del suicidio; Joiner, 2005).

Sin duda, la rama de conocimiento más fecunda respecto a los desarrollos teóricos sobre el suicidio es **la psicología**. Sin perder de vista que lo psicológico, con entidad propia, está sujeto a lo biológico y al contexto sociocultural, creemos que la ciencia psicológica es el contexto idóneo para comprender la conducta suicida (así como cualquier otro tipo de conducta), ya sea para identificar y tratar factores psicológicos modificables o explicar cómo concatenan el conjunto de factores de diferente naturaleza implicados en este tipo de conductas. La gran mayoría de teorías psicológicas del suicidio coinciden en posicionar, explícita o implícitamente, al “dolor emocional profundo” como la razón teórica más común para el suicidio, de modo que las propuestas sobre la causa de este dolor son el elemento distintivo entre ellas (Selby et al., 2014). Por poner algunos ejemplos, **la teoría de la desesperanza de Beck** et al. (1985, 1990) considera que el sentimiento de desesperanza e impotencia es el principal impulsor de la conducta suicida. Otras teorías perciben el suicidio como una vía de escape de un estado psicológico aversivo

(Gunn y Lester, 2014), tal como **la teoría del escape de Baumeister** (1990), la cual sugiere que el suicidio es una forma de escape de una autoconciencia dolorosa adquirida; o **la teoría del dolor psicológico de Shneidman** (1993), que concibe el suicidio como el producto de un intenso e insoportable dolor psicológico provocado por un déficit o frustración de un conjunto de necesidades psicológicas básicas (e.g., la afiliación, preservar una buena imagen de sí mismo/a o el sentirse querido/a). En consonancia con estas, **la teoría de la regulación emocional de Linehan** (1993) propone que el suicidio es la forma última de extinguir la experiencia emocional negativa intensa y prolongada debido a entornos limitantes o invalidantes. Por último, **el modelo de suicidio “grito de dolor”** (*cry of pain* en inglés; Williams, 1997, 2001; Williams y Pollock, 2000, 2001) postula que el suicidio es producto de un sentimiento de derrota desencadenado por una situación humillante o de rechazo que deriva en la percepción de atrapamiento, es decir, la conducta suicida como una reacción o “grito” ante una situación psicológica caracterizada por la percepción de derrota, la ausencia de escape y de rescate.

En síntesis, las teorías clásicas del suicidio comparten una limitación, todas ellas se centran en el suicidio como único objeto de estudio. Estas teorías no ofrecen una explicación para los intentos de suicidio que difiera respecto a cómo se desarrolla la ideación suicida (Klonsky et al., 2018). Esta cuestión es importante ya que la mayoría de las personas con ideación suicida no atenta contra su vida (Have et al. 2009; Nock et al. 2008). En consecuencia, las nuevas teorías del suicidio circunscritas al **marco teórico de la ideación a la acción suicida** (Klonsky y May, 2014) plantean un cambio de perspectiva. Un enfoque caracterizado por la premisa de que **el desarrollo de la ideación suicida y el progreso de la**

ideación a la acción suicida son procesos diferentes, por lo que el conjunto de factores destacados hasta ahora incidirán de forma diferencial en ambos procesos. Un cambio notable en la forma de comprender la conducta suicida que preserva algunas variables propuestas por los modelos anteriores, así como potenciales mecanismos y supuestos. Basándose en la evidencia de que gran parte de los elementos centrales de las teorías clásicas (e.g., la desesperanza, el aislamiento social, el dolor psicológico, etc.) han mostrado, posteriormente, ser predictores robustos de ideación suicida, pero no de intento suicida (Klonsky y May, 2014; May y Klonsky, 2016), las teorías de la ideación a la acción suicida brindan un papel sustancial a estas variables “clásicas” en el desarrollo de la ideación suicida. Ejemplo de esto lo encontramos en la teoría de la desesperanza (Beck et al., 1985) o la teoría del dolor psicológico (Shneidman, 1993), las cuales aportan los factores principales implicados en la ideación suicida para **la teoría de tres pasos** de Klonsky y May (2015). Así como la teoría del suicidio como escape (Baumeister, 1990) y el modelo de suicidio “grito de dolor” (Williams, 2001) aportan los elementos nucleares para el desarrollo de la ideación suicida según **el modelo integrado motivacional-volitivo** (O’Connor, 2011).

Con especial atención a las variables implicadas en el desarrollo de la ideación suicida, el siguiente apartado expondrá las teorías que comparten el punto de vista propuesto por el marco teórico de la ideación a la acción suicida.

Teorías de la ideación a la acción suicida

El desarrollo de nuevas teorías de suicidio formuladas dentro del marco de la ideación a la acción suicida ha significado un progreso sustancial en la comprensión y el tratamiento de la ideación y otros comportamientos suicidas (O'Connor y Portzky, 2018). El marco teórico de la ideación a la acción suicida es la base de un conjunto de teorías (i.e., la teoría interpersonal del suicidio, IPTS, Joiner, 2005; el modelo integrado motivacional-volitivo del suicidio, IMV, O'Connor, 2011; y la teoría de los tres pasos, 3ST, Klonsky y May, 2015) que comparten los mismos fundamentos básicos (Harmer et al., 2021): **la conceptualización de las conductas suicidas como un espectro psicológico y la distinción entre los predictores de las personas que idean e intentan suicidarse y de aquellas otras que no lo intentan** (Klonsky y May, 2014). En otras palabras, los procesos implicados en el desarrollo de la ideación suicida y en la progresión desde la ideación hasta los intentos son diferentes y, por consiguiente, cada uno tiene sus propios predictores y explicaciones (Keefner y Stenvig, 2020). Por lo tanto, las teorías bajo este marco teórico comparten la premisa de que **la ideación no conduce automáticamente a otros tipos de conducta suicida** y, en consecuencia, a través de las variables implicadas en el desarrollo de la ideación suicida, estas teorías ofrecen la posibilidad de identificar y ayudar a quien padece ideación suicida antes de adquirir la capacidad para infligirse un daño irreparable (Klonsky et al., 2018).

El marco teórico de la ideación a la acción es prometedor en cuanto a su objetivo último, vincular la investigación y la práctica (Keefner y Stenvig, 2020). Por ello, Klonsky y May (2014) proponen que este marco teórico debe guiar la

Ideación suicida: conceptualización y aspectos de la medida

suicidología: la teoría, la prevención y la intervención. Los profesionales de la prevención y el tratamiento deben especificar en sus programas qué aspectos están orientados a reducir la ideación y cuáles tienen como objetivo prevenir los intentos de suicidio entre las personas con ideación suicida (Klonsky et al., 2016).

A continuación, se mostrarán las tres teorías de la ideación a la acción más destacadas. Todas ellas comparten los fundamentos y propósitos mencionados, pero difieren en los factores implicados en cada fase, así como en el modo en el que estas variables interactúan para dar como resultado la conducta suicida específica.

La teoría interpersonal del suicidio (IPTS)

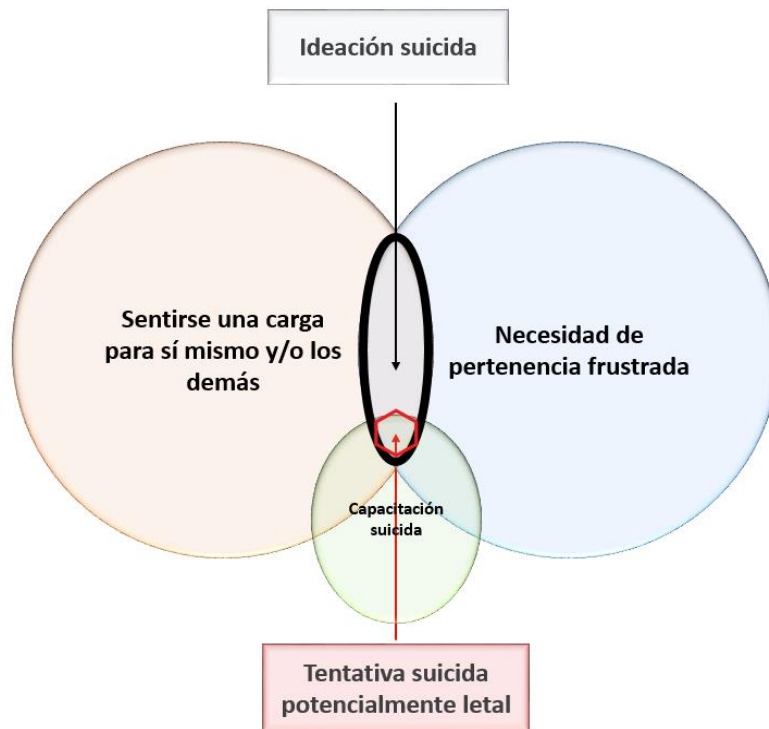
Ninguna teoría contemporánea del suicidio ha recibido tanta atención y popularidad como la IPTS. En 2014, el 15% de las publicaciones de *Crisis*, el 25% de las de *Archives of Suicide Research* y el 45% de las de *Suicide and Life-Threatening Behavior* (las tres revistas más importantes en el campo de la suicidología) versaba sobre esta teoría (Hjelmeland y Knizek, 2019). **Hasta 2017, cerca de 400 trabajos publicados en revistas de alto impacto tenían como objetivo comprobar los supuestos de la teoría o explicaban sus hallazgos en coherencia con la IPTS** (Hjelmeland y Knizek, 2019).

La IPTS está considerada **la teoría pionera** del marco teórico de la ideación a la acción suicida (Keefner y Stenvig, 2020). Según esta teoría (Joiner, 2005; Van Orden et al., 2010), **la pertenencia frustrada** (i.e., la experiencia de sentirse solo o desconectado de amigos, familia u otros círculos sociales valiosos) y **la percepción de ser una carga** (i.e., sentimiento de ser una carga para sí mismo, los amigos, la familia y/o la sociedad), constructos distintos con relaciones

moderadas, son los elementos clave en el desarrollo de la ideación suicida. De forma individual, **la percepción de ser una carga y la pertenencia frustrada pueden generar ideación suicida pasiva, pero es conjuntamente cuando inducen ideación suicida activa.** En jóvenes adultos, la primera comprobación del modelo mostró resultados acordes a estos supuestos y la interacción entre percepción de ser una carga y pertenencia frustrada predijo la ideación suicida activa mejor que la sintomatología depresiva (Joiner et al., 2009b).

Del mismo modo, la IPTS asume que la ideación suicida y la capacidad adquirida deben estar presentes para morir por suicidio (Joiner, 2005; Van Orden et al., 2010), es decir, **las personas que padecen ideación suicida no presentarán otro tipo de conducta suicida sin la capacidad para suicidarse** (Joiner et al., 2009b; Ribeiro y Joiner, 2011). Por lo tanto, la variable esencial en el tránsito de la ideación a la acción en la IPTS es la capacidad adquirida para el suicidio. Capacidad caracterizada por el miedo reducido a la muerte y la alta tolerancia al dolor físico, la cual se adquiere a través de la exposición repetida a eventos atemorizantes o provocadores que crean habituación, tales como el maltrato infantil, la exposición al combate, la inanición voluntaria en las personas diagnosticadas de anorexia o los intentos de suicidio no letales (Klonsky et al., 2016). En síntesis, como puede verse en la Figura 1, la interacción de los tres constructos (i.e., percepción de ser una carga, pertenencia frustrada y capacidad adquirida) son necesarios para que un individuo pueda ejecutar un intento de suicidio letal (Van Orden et al., 2010).

Figura 1 Teoría Interpersonal del Suicidio



Fuente: Van Orden et al., 2010
Elaboración propia

Una revisión sistemática (Ma et al., 2016) examinó 58 artículos que comprobaban los supuestos de la IPTS a través de diferentes muestras. Contrariamente a lo esperado, estos estudios proporcionaron un apoyo mixto a los principales supuestos de la IPTS. La relación entre percepción de ser una carga e ideación suicida fue el efecto más respaldado y frecuente en todos los estudios. Esta asociación fue estudiada en el 82.6% de los trabajos analizados y la percepción de ser una carga explicó entre el 36% y el 41% de la varianza de la ideación suicida. En contraposición, la relación de la pertenencia frustrada con la ideación suicida obtuvo un menor apoyo. Este supuesto suele comprobarse con menos frecuencia, y el 60% de los estudios que lo comprobaron no encontraron una relación estadísticamente

significativa entre ambas variables. Los autores señalan que probablemente esta relación quede ensombrecida por el fuerte efecto de la percepción de ser una carga y otras covariables. Asimismo, los trabajos que presentaron una relación estadísticamente significativa entre pertenencia frustrada e ideación suicida mostraron una varianza explicada de ideación suicida pequeña (6%). Respecto a la relación entre capacidad adquirida y tentativa de suicidio, este supuesto fue comprobado considerablemente con menos frecuencia y los resultados obtenidos aportaron un apoyo parcial al supuesto del IPTS. Por último, con relación a la interacción de la pertenencia frustrada y la percepción de ser una carga para predecir la ideación suicida, el 66.6% de los estudios expusieron resultados estadísticamente significativos con efectos moderados. De la misma forma, la hipótesis central de la IPTS que postula la triple interacción entre la percepción de ser una carga, la pertenencia frustrada y la capacidad adquirida para predecir las tentativas de suicidio encontró un apoyo limitado (estadísticamente significativa en tres de los siete estudios que comprueban este supuesto, con tamaños de efecto pequeños). No obstante, los autores consideran que estos hallazgos pueden deberse a la falta de potencia estadística debido a los reducidos tamaños muestrales de los estudios. Del mismo modo, un metaanálisis de Chu et al. (2017) presentó evidencias empíricas sobre los principales supuestos de la IPTS (i.e., la doble interacción entre la pertenencia frustrada y la percepción de ser una carga para predecir ideación suicida y la triple interacción entre la pertenencia frustrada, la percepción de ser una carga y la capacidad adquirida para predecir las tentativas de suicidio). Sin embargo, tal y como apuntaban Ma et al. (2016), los tamaños de efecto para estas interacciones fueron modestos.

El modelo integrado motivacional-volitivo del suicidio (IMV)

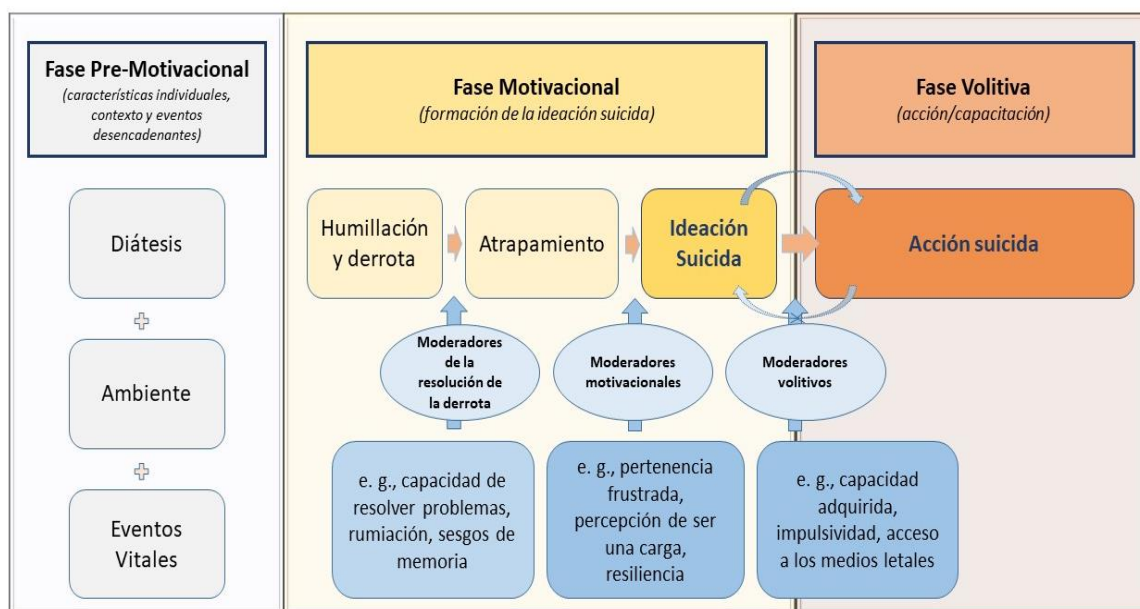
Hasta la teoría interpersonal del suicidio (Joiner, 2005), la mayor parte de las teorías no hacían distinción entre la predicción de la ideación y la acción suicida. Basándose en los mismos fundamentos que la IPTS, el modelo integrado motivacional-volitivo del suicidio (O'Connor, 2011) **sintetiza la extensa evidencia y enmarca en un modelo detallado los factores que originan la ideación suicida** y aquellos otros que gobiernan el tránsito de la ideación a la conducta suicida potencialmente letal.

Para ello, el IMV se enriquece de cuatro perspectivas teóricas. En primer lugar, del **modelo de diátesis-estrés** (Schotte y Clum, 1987) se asume que las personas pueden desarrollar a lo largo de su vida una serie de características individuales (comúnmente denominadas diátesis o factores de vulnerabilidad) que, en interacción con un contexto desfavorable o eventos vitales estresantes, confieren un mayor riesgo de desarrollar ideación suicida. En segundo lugar, la designación de las tres fases del IMV para cubrir el espectro suicida (i.e., premotivacional-motivacional-volitiva) está influenciada por **la teoría de la conducta planificada** (Ajzen, 1991), la cual considera que la intención o motivación de llevar a cabo la conducta es el predictor más fuerte del acto volitivo. En tercer lugar, el IMV posiciona la relación derrota-atrapamiento como el elemento clave implicado en el desarrollo de la ideación suicida. Ambos constructos provienen de **la teoría del “grito de dolor”** (Williams, 2001) y fueron adoptados de la psicología evolutiva y del concepto fuga detenida (en inglés *arrested flight*; i.e., experiencia de sentirse derrotado y sin perspectiva de escapar o ser rescatado). Y, por último, de **la hipótesis de activación diferencial** (Teasdale y Dent, 1987; Williams et al.,

2005), el IMV considera que los individuos que padecen distrés y posteriormente experimentan ideación suicida establecen una asociación entre ambas condiciones que se fortalece cada vez que se experimenta. Cuando se resuelve esta situación, esta asociación puede permanecer inactiva, pero podría volver a desencadenarse con más fuerza ante un estado de ánimo negativo y/o evento estresante. Según O'Connor y Kirtley (2018), bajo esta hipótesis, la relación entre la ideación suicida y los intentos de suicidio repetidos es dinámica, e incluso cíclica.

Como puede verse en la Figura 2, el IMV es un modelo compuesto por tres fases (O'Connor, 2011; O'Connor y Kirtley, 2018). La **fase pre-motivacional** está conformada por la triada diátesis-ambiente-eventos vitales. El IMV considera que las personas pueden presentar características individuales biológicas (e.g., la disminución de la neurotransmisión serotoninérgica) y/o psicológicas (e.g., la creencia de que nuestro entorno nos exige ser perfectos/as) que acentúan el impacto que tendrían los acontecimientos vitales negativos (e.g., una ruptura) o contextos sociales adversos (e.g., una recesión económica o la desigualdad socioeconómica). Según este modelo, todos los factores pre-motivacionales incrementan el riesgo suicida a través de su influencia en los factores implicados en el resto de las fases del modelo (i.e., fase motivacional y fase volitiva). Por ejemplo, las personas que afrontan una crisis interpersonal (e.g., una ruptura) y tienen la creencia de que su entorno social le exige ser perfectas serían más sensibles a las señales negativas de este entorno y aumentaría la probabilidad de que se sientan derrotadas (O'Connor y Kirtley, 2018).

Figura 2 Modelo integrado motivacional-volitivo



Fuente: O'Connor y Kirtley (2018)
Elaboración propia

En un segundo lugar, la **fase motivacional** está centrada en el proceso psicológico en el cual emerge la ideación/intención suicida. Los autores señalan que la ideación y la intención suicida podrían diferir, pero no existe evidencia sobre la utilidad de añadir una fase que explique el paso de la ideación a la intención suicida (O'Connor y Kirtley, 2018). Según el IMV, la ideación/intención suicida resulta de un proceso psicológico que comienza con la percepción de **sentirse derrotado/humillado** (i.e., la percepción de lucha fallida e impotencia resultante del rechazo, la pérdida y/o la alteración significativa de la condición social, la jerarquía, la identidad o los objetivos). Si la persona no logra resolver la percepción de derrota, aumenta la probabilidad de transitar a la **percepción de atrapamiento** (i.e., la motivación por escapar de la amenaza o el estrés está bloqueada, externa o internamente, por la ausencia de agencia o rescate por otros).

El modelo posiciona la percepción de atrapamiento como el factor más proximal a la ideación suicida y, por consiguiente, la condición ideal en la cual emerge la consideración o intención de acabar con la propia vida como única vía de escape. Este proceso ejemplifica bien lo que se ha denominado “visión de túnel”, es decir, aquellas personas que experimentan distrés suicida y no logran percibir ningún escape más allá del suicidio (O’Connor y Kirtley, 2018). No obstante, el atrapamiento no es una consecuencia inevitable de la derrota, así como la ideación suicida no lo es del atrapamiento. Un segundo orden de factores aumenta o disminuye la probabilidad de transitar de un estado a otro según su presencia e intensidad. Así, en la relación entre la derrota y el atrapamiento un conjunto de **moderadores implicados en la habilidad para resolver la derrota** influye en esta transición. Acorde al IMV, el déficit de habilidad para resolver problemas (e.g., Chu et al., 2018), la tendencia a recordar experiencias personales negativas en congruencia con el actual estado anímico negativo, también conocida como sesgo en la memoria autobiográfica (e.g., Richard-Devantoy et al., 2014) o la rumiación (Morrison y O’Connor, 2008) son moderadores que intervienen y potencian la relación derrota-atrapamiento. Del mismo modo, en la fase motivacional, otro conjunto de moderadores, en este caso denominados **moderadores motivacionales**, influye en la relación atrapamiento-ideación suicida. Estos moderadores pueden reducir la probabilidad de tránsito mediante la percepción de más alternativas de escape o la visión de un futuro más positivo y menos doloroso (e.g., las razones para vivir, Linehan et al., 1983; o la búsqueda de metas adaptables, O’Connor et al., 2009) o, en contraposición, pueden aumentar/potenciar esta relación acentuando el estado de atrapamiento y posicionando al suicidio como

única vía de escape (e.g., falta de apoyo social, Chang, Chan et al., 2017; o menos actitudes negativas hacia el suicidio o la muerte, O'Connor et al., 2006).

Por último, la **fase volitiva** está gobernada por los **moderadores volitivos**, es decir, aquellos factores involucrados en el tránsito desde la ideación suicida (fase motivacional) a la conducta suicida potencialmente fatal (fase volitiva). Estos moderadores pueden ser ambientales (e.g., acceso a los medios letales), sociales (e.g., exposición a la conducta suicida de otros) o psicológicos (e.g., miedo reducido a la muerte) en naturaleza. Al igual que la IPTS (Joiner, 2005), el IMV considera la capacidad adquirida (i.e., el miedo reducido a la muerte y la alta tolerancia al dolor físico) como un moderador volitivo. Sin embargo, este modelo va más allá y amplía el número de moderadores que cumplen este fin. Según el IMV, ejemplos de moderadores volitivos son el acceso a los medios para suicidarse (e.g., Stanley y Brown, 2012), la exposición a la conducta suicida de otros (e.g., Pitman et al., 2014), una representación inapropiada y/o glamurosa del suicidio (e.g., Haw et al., 2013), la impulsividad (e.g., Gvion y Apter, 2011) o tener una historia pasada de conducta autolesiva o tentativa de suicidio (Hawton et al., 2012).

Numerosos estudios han brindado aval empírico a los principales supuestos teóricos del IMV en diferentes muestras: población general (e.g., O'Connor y Williams, 2014), personas con experiencia traumática (e.g., Panagioti et al., 2017), personas que manifiestan conducta autolesiva (e.g., Gooding et al., 2015) o personas que padecen síntomas positivos ligados al diagnóstico de esquizofrenia (e.g., Taylor et al., 2010). Un estudio de Lucht et al. (2020) mostró que la relación entre la derrota y la ideación suicida estaba mediada por el atrapamiento en pacientes psiquiátricos alemanes con alto riesgo suicida. Asimismo, un estudio con personas diagnosticadas

de trastorno por consumo de alcohol, a través de ecuaciones estructurales, comprobó los principales supuestos del IMV que atañen a la ideación suicida. Los resultados mostraron que el atrapamiento se relacionó directamente con la ideación suicida (34% de la varianza de ideación suicida y buen ajuste del modelo), una alta relación entre derrota y atrapamiento, y una asociación indirecta entre la derrota y la ideación suicida mediada parcialmente por la percepción de atrapamiento (Hong y Shin, 2021). Del mismo modo, en adolescentes chinos, Li et al. (2020) hallaron resultados consistentes con la relación derrota-atrapamiento-ideación suicida-conducta suicida que propone el IMV. Similar resultado al obtenido por Dhingra et al. (2016), quienes, mediante un análisis de ecuaciones estructurales, evaluaron “la columna vertebral” del IMV con hallazgos en coherencia con los supuestos del modelo en una muestra de adultos sanos. Por otro lado, un estudio longitudinal de Branley-Bell et al. (2019) no encontró diferencias en los factores de la fase motivacional entre un subgrupo de ideación suicida y otro con tentativas suicidas, pero sí halló diferencias en los moderadores volitivos entre ambos subgrupos. Por último, también hay hallazgos congruentes con la aplicación del modelo a la conducta autolesiva no suicida en adolescentes, ya que los moderadores de la fase volitiva distinguieron entre las personas que pensaron autolesionarse, pero no lo habían hecho, y aquellas otras que se autolesionaron (O’Connor et al., 2012).

La teoría de los tres pasos (3ST)

Finalmente, la teoría más reciente dentro del marco de la ideación a la acción suicida es la 3ST (Klonsky y May, 2015). Como su nombre indica, esta teoría está estructurada en tres pasos (Figura 3). El primer y segundo paso describen cómo se

desarrolla la ideación suicida, mientras que el tercer paso se centra en el tránsito hacia la acción suicida.

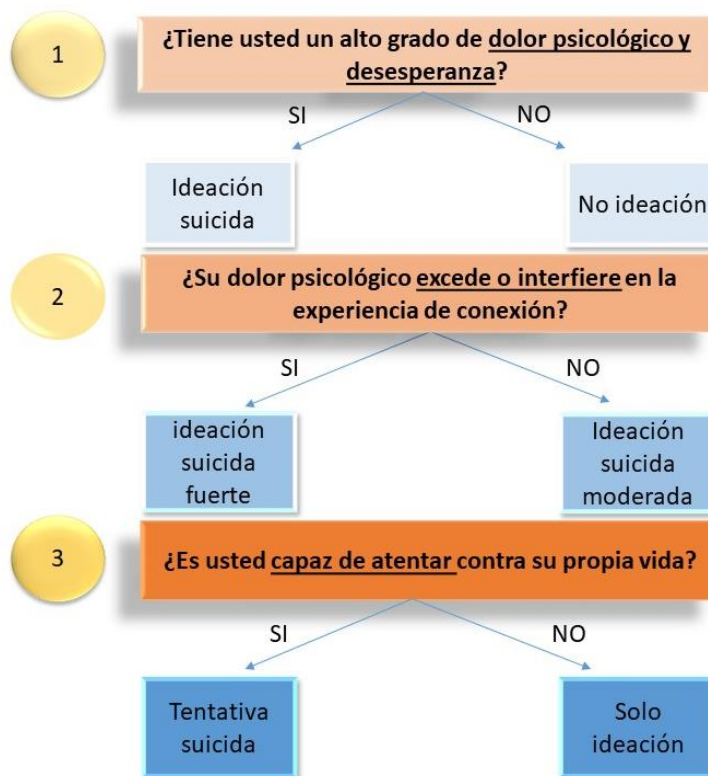
El **primer paso** propone que la combinación de **dolor y desesperanza** son los principales **precursores de la ideación suicida**. Esta teoría no especifica ni las fuentes, ni el tipo de dolor, puesto que considera que diversos tipos de dolor pueden desalentar y contribuir a una vida miserable y/o aversiva (Klonsky et al., 2018). No obstante, la 3ST sí enfatiza que el dolor más común es el **dolor psicológico**. Según la 3ST, cuando una persona considera que su vida es dolorosa o aversiva, está siendo penalizada por su compromiso con la vida, lo que provoca el deseo de evitar la vida aversiva (Klonsky et al., 2018). Sin embargo, si la persona que sufre dolor tiene la esperanza de que éste mejorará, no pensará en poner fin a su vida.

El **segundo paso** expone cómo la ideación suicida puede escalar en intensidad o no según el **grado de conexión** (i.e., sentirse conectado con otras personas, proyectos y objetivos). Para la 3ST, la conexión es un factor de protección para las personas que padecen dolor y desesperanza. Es decir, si las personas perciben que su vida es aversiva, dolorosa y/o miserable, pero encuentran satisfactoria su conexión con la familia, amigos, proyectos u otros intereses, la ideación suicida no aumenta su intensidad (Klonsky et al., 2016).

Finalmente, el **tercer paso** propone que las personas progresan a la acción suicida cuando tienen la **capacidad de acometer el suicidio** (Klonsky et al., 2018). Concretamente, la 3ST (Klonsky y May, 2015) postula tres tipos de factores que contribuyen a la capacidad de acometer suicidio: 1) los factores disposicionales (i.e., considerados inherentes o genéticos como el umbral alto al dolor), 2) los

factores adquiridos (i.e., aquellos factores que contribuyen a la habilidad de superar el miedo a la muerte como puede ser la capacidad adquirida de la IPTS) y 3) los factores prácticos (i.e., los factores implicados en el uso y el acceso a los medios letales como el conocimiento farmacológico o un oficio con acceso a armas de fuego).

Figura 3 Modelo de tres pasos



Fuente: Klonsky y May (2015)
Elaboración propia

Debido a que la 3ST fue publicada en 2015, la literatura científica aún no reúne abundante evidencia empírica sobre los supuestos principales de la teoría. No obstante, el trabajo de Klonsky y May (2015), que expone por primera vez la 3ST, obtuvo resultados acordes a los supuestos teóricos de la 3ST en una muestra de adultos en Estados Unidos. Concretamente, el dolor y la desesperanza interactuaban

Ideación suicida: conceptualización y aspectos de la medida

para predecir la ideación suicida. Asimismo, un alto grado de desconexión incrementaba la ideación suicida entre las personas con dolor y desesperanza. Además, los tres factores que contribuyen a la capacidad de ejecutar una conducta suicida potencialmente letal (i.e., disposicionales, adquiridos y prácticos) predijeron la historia de intentos suicidas. Del mismo modo, otro estudio con universitarios en China (Yang et al., 2018) obtuvo resultados similares respecto a la interacción dolor y desesperanza y mostró que la conexión era un factor protector contra la ideación suicida en las personas con dolor y desesperanza. Igualmente, la capacidad de suicidarse diferenciaba a las personas con historial de intento suicida de aquellas con ideación suicida.

En síntesis

El marco teórico de la ideación a la acción (Klonsky et al., 2018) ha dado lugar a un conjunto de teorías que pretenden dar explicación del espectro suicida, haciendo distinción entre el proceso implicado en el desarrollo de la ideación suicida y el tránsito de la ideación a la conducta suicida potencialmente fatal. Para ello, cada teoría propone un grupo de variables ligadas estrechamente a cada proceso, así como el planteamiento de unos supuestos teóricos que pretenden delinear cómo interactúan las variables para dar como resultado la ideación o la conducta suicida potencialmente fatal.

La presente tesis se centra en las variables psicológicas implicadas en el desarrollo de la ideación suicida según cada teoría (i.e., percepción de ser una carga, pertenencia frustrada, percepción de derrota, percepción de atrapamiento, dolor psicológico y desesperanza) **y toma como contexto teórico**

el modelo integrado motivacional volitivo (IMV). Las razones que subyacen a esta decisión son: 1) el IMV es el modelo **más ambicioso** respecto a su propósito de **sintetizar la literatura existente y articular un mayor número de teorías y variables**, incluidas las de otras teorías contemporáneas (i.e., percepción de ser una carga y pertenencia frustrada), y 2) el IMV es el modelo que contiene un **abordaje más exhaustivo de las interacciones entre los factores intraindividuales, interindividuales, contextuales y desencadenantes para predecir ideación.**

El objetivo es aproximarse a una conceptualización de la ideación suicida más manejable clínicamente. Es decir, una forma de entender la ideación suicida orientada a su predicción, evaluación e intervención en las variables psicológicas y modificables involucradas en su desarrollo. Esto permitirá reducir el distrés psicológico y, por consiguiente, prevenir otras conductas suicidas consideradas más graves (e.g., Zuromski et al., 2019).

Capítulo 2. Ideación suicida: aproximación conceptual y aspectos de la medida

“Mientras se abanica con el sombrero el rostro trastornado por la sofocación y el aguardiente, mirando hacia la soga, calculando su fuerza, él dice: ‘Es imposible que una soga tan delgada haya sostenido su cuerpo’. Y yo le digo: ‘Esa misma soga ha estado sosteniéndole en la hamaca durante muchos años’.”

GABRIEL GARCÍA MÁRQUEZ
–La Hojarasca–

Aproximación conceptual a la ideación suicida

La ideación suicida¹, como término, abarca un conjunto de contemplaciones, deseos y preocupaciones relacionados con la muerte y el suicidio (Harmer et al., 2021). De forma general, podríamos afirmar que las personas con ideación suicida son un grupo dispar que manifiesta pensamientos desde *la vida no merece la pena* hasta planes bien desarrollados sobre cómo acabar con la propia vida (Kirby et al., 1997). No obstante, actualmente, **no existe una definición universalmente aceptada de ideación suicida** y, en consecuencia, es frecuente encontrar una gran variedad de definiciones en la literatura. Por poner un par de ejemplos, Brown et al. (2008) incluyen como manifestaciones de ideación suicida el deseo de estar muerto, los pensamientos sobre acabar con la propia vida y la intención de matarse. Asimismo, el Centro para la Prevención y el Control de las Enfermedades de Estados Unidos (en inglés: *Center for Diseases Control and Prevention in the United States*; Crosby et al., 2011) considera que la ideación suicida es cualquier pensamiento, consideración o planificación de involucrarse en un comportamiento relacionado con el suicidio. Como puede observarse, la ideación

¹ Antes de iniciar este apartado, se ha tomado en consideración la ideación suicida como una conducta (suicida). A lo largo del texto, de forma directa o indirecta, la ideación suicida se va a referir como otra conducta suicida más. Sin que esta tesis tenga como objeto de estudio esta cuestión, consideramos importante manifestar nuestra posición sobre ella. La OMS (WHO, 2014), del mismo modo que este escrito, incluye la ideación suicida como una conducta suicida. Sin embargo, también aclara que esta consideración es polémica y, actualmente, sigue generando un profuso y significativo diálogo académico. La OMS esquivó posicionarse aludiendo a la utilidad de esta afirmación para simplificar la información proveniente en diferentes informes científicos. En nuestro caso, básicamente, consideramos como conducta cualquier acción que una persona hace, incluidos los eventos internos, como el pensamiento (e.g., Kohlenberg y Tsai, 1994; Skinner, 1957). No entendemos la ideación suicida como una actividad mental iniciadora de conducta, sino como una conducta *per se* (o tal vez un repertorio conductual) generada por un conjunto de contingencias que podría formar parte de otro conjunto de contingencias ligadas a otra conducta posterior, por ejemplo, un intento de suicidio (e.g., Moore, 2000). Con este breve párrafo no pretendemos convencer al lector, ni dar por finalizado el debate, simplemente aclarar el razonamiento que subyace a nuestra decisión.

suicida es un constructo heterogéneo que, como objeto de estudio, tiende a ser más fluctuante que otras conductas suicidas (Jobes y Joiner, 2019; Posner et al., 2014a).

En la literatura, las distintas **definiciones de ideación suicida** pueden dividirse en dos tipos (McAuliffe, 2002), aquellas definiciones en las que predomina **la intencionalidad de acabar con la propia vida/morir en algún grado**, como elemento diferenciador de otros tipos de pensamiento, y aquellas otras que, además, incluyen los **deseos de muerte sin intención o la contemplación de la propia muerte sin intención de involucrarse en un acto suicida**. A menudo, esta dicotomía viene expresada por los términos **ideación suicida activa** e **ideación suicida pasiva**. De acuerdo con Harmer et al. (2021), la ideación suicida activa denota un deseo consciente (en algún grado mayor de cero) de infligir una conducta autolesiva para que la muerte ocurra como consecuencia, y la ideación suicida pasiva refiere a un deseo general de morir y/o la indiferencia ante la muerte accidental.

Las encuestas epidemiológicas (e.g., Nock et al., 2008, 2009), los informes científicos, los principales libros de texto de psiquiatría, así como las recomendaciones de algunos organismos, por ejemplo, el Instituto Nacional de Excelencia Clínica del Reino Unido, suelen focalizarse en la prevalencia y evaluación de la ideación suicida activa; mientras que resulta común no considerar la ideación suicida pasiva como presagio de conducta suicida más grave (Baca-García et al., 2011). En consonancia, algunos autores (e.g., King, 1997) exponen que los pensamientos suicidas que implican un valor de intención de actuar de acuerdo con las propias ideas distinto a cero son los más relevantes (i.e., ideación suicida activa), así como aquellos que deben ser clasificados como pensamientos suicidas.

Afirmaciones como la anterior han originado que, en ocasiones, **la ideación y la intención suicida hayan sido apreciadas como sinónimos** (McAuliffe, 2002). Desde una perspectiva preocupada por la ideación suicida como un factor de riesgo de otras conductas suicidas, es frecuente enfatizar la intención como una característica elemental en la relación entre la ideación y la acción suicida (McAuliffe, 2002), ya que se estima que la ideación suicida con intención (i.e., ideación suicida activa) mantiene una relación más estrecha con el acto suicida y una mejor capacidad explicativa y predictiva de otras conductas suicidas (Andriessen et al., 2006; Barber et al., 2002). Sin embargo, dos grandes encuestas epidemiológicas (N > 85.000) realizadas en EEUU mostraron resultados que contraponen esta creencia (Baca-García et al., 2011). Los autores compararon la probabilidad de un intento de suicidio en cuatro subgrupos (subgrupo 0: sin ideación suicida pasiva, ni ideación suicida activa; subgrupo 1: con ideación suicida pasiva, sin ideación suicida activa; subgrupo 2: sin ideación suicida pasiva, con ideación suicida activa, y subgrupo 3: con ideación suicida pasiva y activa). Los resultados de este estudio revelaron que las personas que manifestaron una combinación entre ideación suicida pasiva (i.e., deseos de muerte) y activa (i.e., con intención) eran las que mayor probabilidad tenían de realizar un intento de suicidio. Sin embargo, el subgrupo 1 (con ideación suicida pasiva, sin ideación suicida activa) y el subgrupo 2 (sin ideación suicida pasiva, con ideación suicida activa) no mostraron diferencias estadísticamente significativas, así como una notable mayor probabilidad de realizar un intento de suicidio que el subgrupo 0 (sin ideación pasiva ni activa). Evidentemente, este hallazgo es coherente con una **ideación suicida pasiva como factor de riesgo suicida clínicamente relevante y merecedora de**

ser evaluada con similar relevancia a la ideación suicida activa (o con intención suicida). Del mismo modo, este estudio, y otros como el De Leo et al. (2021), invita a optar por una conceptualización más inclusiva de la ideación suicida para abarcar las manifestaciones (e.g., deseos, pensamientos y comunicaciones) con y sin intención suicida.

En general, **la ideación suicida es predecesora de otras conductas suicidas más graves** (Jobes y Joiner, 2019). Por ello, se estima que prevenir la ideación suicida significa prevenir otras conductas suicidas, ya que la ideación suele posicionarse como primer paso en el camino hacia la acción suicida (Klonsky et al., 2017, 2018). Concretamente, la ideación suicida es el tercer predictor más potente de una futura muerte por suicidio y las personas que padecen ideación suicida son el grupo de mayor riesgo suicida (Franklin et al., 2017). En un estudio de Griffin et al. (2020) se observó que cuatro de cada diez personas que acuden al hospital por su ideación suicida vuelven al centro hospitalario por la misma causa en los siguientes cinco años. Asimismo, dos de cada diez personas que acuden de nuevo al hospital lo hacen por causas más graves, como la conducta autolesiva. Sin embargo, la evaluación de la ideación suicida debe ir más allá del contexto hospitalario (Kleiman, 2020), ya que tan solo un tercio de las personas que mueren por suicidio acudieron a un servicio de salud mental en el último año antes de su fallecimiento (Luoma, 2002). Inclinarsse por planes específicos para evaluar la ideación suicida en atención primaria podría resultar una medida eficaz, ya que aproximadamente el 75% de las personas que mueren por suicidio acudieron a estos centros en el año previo al fallecimiento (Kleiman, 2020).

A pesar de la relevancia de la ideación suicida como factor de riesgo suicida y predictor de otras conductas suicidas, **la vía más común es desde la ideación a la no acción suicida** (Have et al., 2009; Nock et al., 2008; Stritzke y Page, 2020). Sin embargo, no podemos ser complacientes ante este hecho, ya que, incluso en ausencia de otras conductas suicidas, **la ideación suicida es perjudicial y fuente de miseria, malestar y/o sufrimiento para quien la padece** (Jobes y Joiner, 2019; Kleiman et al., 2017; McCarty et al., 2011). En consecuencia, creemos que el estudio de la ideación suicida debe atenderse como un objetivo clínico *per se*, y no un síntoma de una etiqueta diagnóstica o una mera fase intermedia hacia la acción suicida (Kleiman, 2020).

Los/as suicidólogos/as y los/as profesionales de salud pública suelen mostrar una preocupación notable por los intentos de suicidio y las muertes por suicidio, probablemente por la repercusión de este tipo de conductas en la morbilidad y la mortalidad. Sin embargo, **la ideación suicida suele recibir poca atención en los programas de prevención, tratamiento y políticas nacionales** (Jobes y Joiner, 2019). Del mismo modo, **un gran número de intervenciones diseñadas con el objetivo de reducir o evitar la conducta suicida no han mostrado su eficacia en la reducción de la ideación suicida** (Jobes y Joiner, 2019). Una situación que deja en una posición de vulnerabilidad a las personas que padecen ideación suicida, las cuales, por otro lado, representan al grupo más numeroso de personas dentro del espectro suicida. Por ejemplo, en un estudio epidemiológico (Nock et al., 2008), en 17 países del mundo y con una muestra de 84.850 adultos, estimó una prevalencia global de ideación suicida del 9,2%. Del mismo modo, este estudio concluyó que **la ideación suicida es más habitual**

que los intentos de suicidio y estos son diez veces más frecuentes que el suicidio (Nock et al., 2008). Solamente en Estados Unidos se estima que más de diez millones y medio de personas padecen ideación suicida, lo que se traduce en que la ideación suicida es 7,6 veces más común que las tentativas de suicidio y 225,5 veces más frecuente que las muertes por suicidio (Jobes y Joiner, 2019). En definitiva, dentro del espectro suicida, el estudio de la ideación es una oportunidad de ayudar a más personas que lo necesitan (Kleiman, 2020). Por esta razón, la sociedad y, especialmente, la comunidad científica, sanitaria y política debe aspirar a reducir el sufrimiento relacionado con el suicidio en todas sus formas, incluido aquel que procede o está íntimamente relacionado con el deseo de estar muerto o querer acabar con la propia vida (Jobes y Joiner, 2019).

Factores involucrados en la ideación suicida

Una mejor identificación, tratamiento y prevención de los factores involucrados en la ideación suicida podría motivar una reducción de las tentativas y los suicidios (e.g., Zuromski et al., 2019). Del mismo modo, **el estudio de los factores implicados en la ideación suicida resulta esencial para elaborar teorías científicas, evaluar mediante cribajes precisos y aplicar tratamientos eficaces** (Franklin et al., 2017). En este sentido, ante la dificultad que plantea el hecho de intervenir orientados a la intención o el deseo de muerte (como características predominantes en las definiciones de ideación suicida), **esta tesis enfatiza el rol de los factores implicados en el desarrollo de la ideación suicida y sus relaciones**. Abogamos por intervenir en la ideación suicida a través de las variables mutables implicadas en su desarrollo (e.g., dolor psicológico), como estrategia factible para reducir el distrés propio de la ideación suicida, así como para la prevención del suicidio y otras conductas suicidas.

Con el fin de sintetizar el conocimiento sobre los factores de riesgo de la ideación y otras conductas suicidas durante los últimos 50 años, Franklin et al. (2017) realizaron un metaanálisis que incluyó 365 estudios longitudinales. En general, este trabajo concluye que los factores de riesgo “tradicionales” (e.g., diagnóstico de trastorno psicopatológico) son predictores débiles e imprecisos de las conductas suicidas, siempre dentro de las limitaciones metodológicas de la literatura existente. Del mismo modo, el metaanálisis revela que **los últimos 50 años de investigación no han generado una mejora sustancial en la capacidad predictiva de este tipo de conductas**. En el caso concreto de la ideación suicida,

el metaanálisis muestra un top 5 de los principales predictores de ideación suicida actual según su capacidad predictiva. Este listado está encabezado por la ideación suicida previa como el mejor predictor de ideación suicida actual. El segundo puesto lo ocupa la desesperanza, y los siguientes predictores son, por este orden, el diagnóstico de depresión, el historial de abuso de sustancias psicoactivas y el diagnóstico de ansiedad. Sin embargo, los autores puntualizan que solo los dos primeros predictores (i.e., ideación suicida previa y desesperanza) exceden una razón de probabilidad ponderada de tres, por lo que, en general, ninguno de los predictores destaca por ser particularmente fuerte.

A continuación, expondremos la relación entre la ideación suicida y la enfermedad física y la psicopatología. Asimismo, en consonancia con la importancia que atribuye esta tesis a las variables involucradas en el desarrollo de la ideación suicida según las teorías de la ideación a la acción (i.e., la teoría interpersonal del suicidio, IPTS, Joiner, 2005; el modelo integrado motivacional-volitivo del suicidio, IMV, O'Connor, 2011; y la teoría de los tres pasos, 3ST, Klonsky y May, 2015), repasaremos la relación de estas con la ideación suicida. Igualmente, incluiremos la asociación entre evitación experiencial e ideación suicida, ya que esta ha mostrado ser altamente prevalente entre las personas con ideación suicida y creemos que podría ejercer un rol moderador en el contexto teórico del IMV.

Ideación suicida y enfermedad física

La ausencia de salud física está relacionada con el suicidio (Hawton y van Heeringen, 2009). Enfermedades como **el sida, el cáncer, la epilepsia, las úlceras peptídicas, las enfermedades renales, el lupus eritematoso, o el**

daño de médula espinal son algunas de las enfermedades que se han asociado con un mayor riesgo de suicidio (Harris y Barraclough, 1994; Stenager y Stenager, 2000). Un caso particular son **las enfermedades o síndromes que cursan con dolor crónico**. Los individuos con dolor crónico tienen un alto riesgo suicida (Campbell et al., 2015). Se estima que la prevalencia de ideación suicida en estos pacientes es del 23% y los intentos suicidas del 15% (Calati et al., 2015). Sin embargo, en el caso de algunos síndromes caracterizados por el dolor, como **la fibromialgia**, se ha llegado a estimar una prevalencia puntual de ideación suicida entre el 32%-50% (Calandre et al., 2015; Triñanes et al., 2014). Varios estudios han explorado el grado de asociación entre las características de los pacientes con dolor crónico y la ideación suicida. La severidad y la duración del dolor mostraron una asociación positiva con la ideación suicida (Cho et al., 2013; Smith et al., 2004). Asimismo, otros estudios han informado de una frecuente e intensa sintomatología ansiosa y/o depresiva entre los pacientes con dolor, variables también asociadas a la ideación suicida (Calandre et al., 2015; Triñanes et al., 2014).

Ideación suicida y psicopatología

Previa a la exposición de las relaciones entre psicopatología e ideación suicida, queremos hacer una aclaración ante lo que consideramos un sistema categórico fallido. A lo largo de esta tesis, y en consonancia con gran parte de la literatura, es posible que podamos encontrar términos como enfermedad mental o trastorno psiquiátrico. Estos términos derivan de los sistemas de clasificación estandarizado como *el manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (DSM-5; Asociación Americana de Psiquiatría [APA], 2013) o *la clasificación estadística*

internacional de enfermedades y problemas de salud relacionados (CIE-10; WHO, 2010). Sin menospreciar la notable contribución de aportar un lenguaje internacional común para definir y/o conceptualizar lo que comúnmente se ha llamado trastornos psiquiátricos, la definición de “trastorno mental” ofrecida por estos sistemas de clasificación (e.g., “síndrome caracterizado por una alternación clínicamente significativa en la cognición, la regulación de las emociones o el comportamiento de un individuo que refleja una disfunción en los procesos psicológicos, biológicos o procesos de desarrollo que subyacen al funcionamiento mental”; APA, 2013, p. 20), así como las propias clasificaciones, no han dado margen a dilucidar una patogénesis clara, ni han permitido una demarcación estricta entre trastornos/síndromes (van Heugten-van der Kloet y van Heugten, 2015). Esto supone un problema reconocido para los sistemas de clasificación categóricos que contemplan los trastornos psiquiátricos como entidades discretas. Los propios promotores de estas clasificaciones han llegado a declarar que los límites de los trastornos son más porosos de lo que se esperaban y, la gran mayoría, presentan un superposicionamiento de síntomas y comparten factores de riesgo genéticos y ambientales (APA, 2013, p. 6). Por ello, en el presente trabajo, en la medida que sea posible, trataremos de utilizar una terminología más acorde a una perspectiva psicológica y dimensional (e.g., Van os, 2014; Widiger y Samuel, 2005) centrada en el funcionamiento y los síntomas (e.g., problemas psicológicos, sintomatología de X o, en su concepción más amplia, psicopatología).

La variable relacionada con el suicidio más ampliamente estudiada por la literatura científica es la presencia de psicopatología (O'Connor y Nock, 2014). Hay estudios que sugieren que aproximadamente un 90%

de las personas que mueren por suicidio padecían algún problema psicológico (e.g., Cavanagh et al., 2003). Se ha estimado un riesgo suicida entre el 5%-8% para un gran número de psicopatologías (Inskip et al., 1998; Nordentoft et al., 2011). Los clasificados como trastornos afectivos son los problemas psicológicos más comunes, seguido de los denominados como trastornos relacionados con el uso de sustancias, en especial el alcohol, y la esquizofrenia (Cavanagh et al., 2003; Hawton y van Heeringen, 2009). Asimismo, Cavanagh et al. (2003) apuntan a que la comorbilidad de los trastornos aumenta en gran medida el riesgo suicida.

Más de la mitad de las personas que mueren por suicidio parecen cumplir los criterios establecidos para el diagnóstico de trastorno depresivo (Cavanagh et al., 2003). Sin embargo, menos del 5% de las personas que ingresan en el hospital por sintomatología relacionada con un trastorno afectivo mueren por suicidio (Bostwick y Pankratz, 2000; Coryell y Young, 2005). El riesgo de suicidio de las personas diagnosticadas de esquizofrenia es del 4%-5% (Palmer et al., 2005) y entre el 10%-15% de las personas diagnosticadas de trastorno bipolar mueren por suicidio, comúnmente en las fases más tempranas del trastorno (Goodwin y Jamison, 2007). Del mismo modo, los considerados trastornos de la conducta alimentaria, en especial la anorexia nerviosa, presentan una fuerte asociación con el suicidio (Gelder et al., 2000; Bridge et al., 2006), con una probabilidad de suicidarse 40 veces mayor que la población general (Gelder et al., 2000). Con relación al contexto, se estima que el 45% de los suicidios en el contexto hospitalario estaban relacionados con un diagnóstico de esquizofrenia o problemas relacionados con la anormalidad estructural o funcional del tejido cerebral, mientras que el 32% de los suicidios entre pacientes ambulatorios coocurrieron con un diagnóstico de depresión, de trastorno

relacionado con el uso de sustancias, de trastorno somatomorfo, de trastorno de ansiedad o problemas desadaptativos (Bertolote et al., 2003).

Respecto a la ideación suicida, una mayor intensidad de la sintomatología depresiva y el diagnóstico de trastorno de depresión, de ansiedad, de estrés postraumático y el relacionado con el uso de sustancias fueron más comunes entre las personas con ideación suicida en comparación con quien nunca ha padecido ideación u otra conducta suicida (May y Klonsky, 2016). Harris y Barraclough (1997) hallaron evidencia de que, a excepción de los trastornos del desarrollo, la demencia y la agorafobia; 36 de los 44 trastornos psicopatológicos analizados incrementaban significativamente la ratio de mortalidad por suicidio. Sin embargo, **la mayoría de las personas que presentan un diagnóstico de psicopatología jamás manifiestan ningún tipo de ideación u otra conducta suicida** (O'Connor y Nock, 2014). En consonancia con esto, numerosos estudios afirman que una cantidad importante de diagnósticos de lo comúnmente llamado enfermedad mental puede predecir ideación y otras conductas suicidas (e.g., Borges et al., 2008). Al margen de la obviedad de que las conductas suicidas pueden considerarse un fenómeno transdiagnóstico (O'Connor y Portzky, 2018), creemos que **comprender y predecir el espectro suicida mediante la presencia de psicopatología resulta complejo y poco productivo, principalmente, por su baja especificidad**. Las etiquetas diagnósticas son constructos heterogéneos con alto grado de superposicionamiento y constituidos por síntomas o procesos más básicos (Fried et al., 2015; Fried y Nesse, 2015), lo que favorece una alta interrelación entre conceptos clínicos y dificulta la exploración sobre los elementos concretos que están relacionados con la ideación y otras conductas suicidas (Millner et al., 2020).

Cada vez son más los autores que abogan por la necesidad de ir más allá de los “sospechosos habituales” (e.g., el diagnóstico de un trastorno psicopatológico) para comprender el fenómeno suicida (Glenn et al., 2018). Campos et al. (2016) sugieren que **la relación entre la psicopatología y las conductas suicidas puede ser explicada por otras variables** (e.g., el dolor psicológico), **las cuales pueden experimentarse en ausencia de un diagnóstico** (e.g., Tossani et al., 2019).

A continuación, se expondrán un conjunto de variables psicológicas implicadas en el desarrollo de la ideación suicida (i.e., percepción de ser una carga, pertenencia frustrada, percepción de derrota, percepción de atrapamiento, dolor psicológico, desesperanza y evitación experiencial) según los modelos psicológicos más actuales de suicidio (Klonsky et al., 2018). Esta perspectiva podría clarificar por qué algunas personas con problemas psicológicos presentan ideación suicida y otras no, así como explicar por qué algunas personas padecen ideación suicida sin estar diagnosticadas. Además, se espera que los tratamientos psicológicos focalizados en estas variables podrían suponer una mejora en el manejo de la ideación suicida.

Ideación suicida y percepción de ser una carga

Percibirse como una carga hace referencia a **la percepción de que la propia existencia es considerada una carga para los demás, así como que nuestra muerte aliviaría a nuestros amigos, familiares y/o sociedad** (Joiner, 2005). Según Van Orden et al. (2010), la percepción de ser una carga es el elemento común de los conflictos familiares, el desempleo y la enfermedad física, tres condiciones asociadas al riesgo suicida.

Las personas con un primer episodio de psicosis que presentan ideación suicida mostraron un mayor grado de percepción de ser una carga en comparación con los pacientes sin ideación suicida (Wastler et al., 2020). Asimismo, un estudio longitudinal en jóvenes adultos con conducta autolesiva no suicida mostró un efecto de mediación de la percepción de ser una carga entre la conducta autolesiva no suicida y la ideación suicida, tanto al inicio del estudio como en el seguimiento (Chu et al., 2016). Además, la percepción de ser una carga se ha asociado con la gravedad de la ideación suicida en un grupo de adultos diagnosticados de ansiedad social (Duffy et al., 2020). Igualmente, la percepción de ser una carga ha resultado ser un mediador entre el insomnio y la ideación suicida (Zullo et al., 2017). En veteranos, la percepción de ser una carga medió la relación entre el estrés postraumático y la ideación suicida, así como la relación entre la depresión y la ideación suicida (Martin et al., 2020).

Del mismo modo, las personas con discapacidades físicas (un grupo considerado de alto riesgo suicida) presentaron mayor percepción de ser una carga en comparación con un grupo control (Khazem et al., 2015). En una muestra de pacientes con dolor crónico, Wilson et al. (2017) hallaron una asociación positiva y estadísticamente significativa entre la percepción de ser una carga y la ideación suicida. Además, las personas diagnosticadas de fibromialgia con ideación suicida mostraron un mayor grado de percepción de ser una carga en comparación con pacientes de fibromialgia sin ideación suicida y un grupo control (Lafuente-Castro et al., 2018). En un estudio con jóvenes diagnosticados de enfermedad física crónica concurrente con psicopatología se observó un incremento de la percepción de ser una carga para sus cuidadores, al igual que una mayor probabilidad de ideación

Ideación suicida: conceptualización y aspectos de la medida

suicida, tentativa de suicidio y autolesión en comparación con adultos jóvenes sanos o con enfermedad física crónica sin comorbilidad psicopatológica (Barnes et al., 2010).

En la revisión sistemática de Ma et al. (2016) se analizaron 69 estudios con el fin de evaluar la relación entre la percepción de ser una carga y la ideación suicida. La percepción de ser una carga ha mostrado ser un predictor de ideación suicida a través de diferentes muestras (pacientes hospitalizados, pacientes ambulatorios de salud mental, estudiantes de instituto, estudiantes de universidad, etc.), incluso en presencia de depresión y desesperanza (Davidson et al., 2009; Van Orden et al., 2006). Del total, 82,6% de los estudios mostraron una relación positiva y estadísticamente significativa entre ambas variables. No obstante, solo seis estudios indicaron el tamaño del efecto, que fue grande ($d= 0,61-12,60$).

Ideación suicida y pertenencia frustrada

La pertenencia frustrada es un constructo basado en la teoría de la necesidad de pertenencia de Baumeister y Leary (1995). Esta refiere a la necesidad básica de establecer y mantener un mínimo de relaciones interpersonales significativas (i.e., duraderas y positivas). Por ello, no sentirse parte preciada del grupo social puede derivar en resultados negativos para la salud (Cacioppo y Cacioppo, 2014). Según Joiner (2005), la pertenencia frustrada es **la experiencia de percibirse lejos de los amigos, la familia y otros círculos sociales valiosos**. La pertenencia frustrada está comprendida por dos facetas, la soledad y la ausencia de cuidados recíprocos (Van Orden et al., 2010). Este constructo está influenciado por la ausencia de amigos, vivir solo, los conflictos familiares, la tendencia a interpretar el

comportamiento de los demás como un rechazo y el retraimiento social (Van Orden et al., 2010).

El grado de pertenencia frustrada de los pacientes hospitalizados en unidad psiquiátrica en el momento del ingreso predijo los pensamientos suicidas generalizados durante su estancia (Kyron et al., 2019). Asimismo, las personas con un primer episodio de psicosis con ideación suicida experimentaron un mayor grado de pertenencia frustrada en comparación con las personas con un primer episodio de psicosis sin ideación suicida (Wastler et al., 2020). Además, algunas conductas socialmente desadaptadas como el comportamiento antisocial, el egocentrismo y la búsqueda de sensaciones se relacionaron con la ideación suicida mediante la pertenencia frustrada en una muestra de reclusos (Dhingra et al., 2020).

La ausencia de interacciones sociales relevantes está relacionada con la pertenencia frustrada y la ideación suicida en jóvenes (Horton et al., 2016). Asimismo, los adolescentes que informaron de soledad durante un largo periodo de tiempo tenían más probabilidad de reportar ideación suicida (Schinka et al., 2013). Del mismo modo, las víctimas de acoso (presencial y cibernético) experimentaban más soledad (o pertenencia frustrada), y ambos tipos de acoso se relacionaron con la ideación suicida y las autolesiones (Hay y Meldrum, 2010). La pertenencia frustrada es un mediador de la relación entre la comodidad de expresar las emociones de amor, felicidad y tristeza (relación negativa con la pertenencia frustrada), y la ideación suicida (relación positiva) en una muestra de universitarios (Kassing et al., 2020). También en estudiantes universitarios, la pertenencia frustrada resultó ser un mediador entre la vergüenza y la ideación suicida (Zhao et al., 2020). Por último, en adolescentes que recientemente habían experimentado la

Ideación suicida: conceptualización y aspectos de la medida

muerte de un familiar, la pertenencia frustrada medió la relación entre las reacciones de duelo y la ideación suicida (Hill et al., 2019).

La revisión sistemática de Ma et al. (2016) incluyó 55 trabajos que evaluaban la relación entre la pertenencia frustrada y la ideación suicida. Del total, 22 estudios mostraron una relación positiva y estadísticamente significativa entre la pertenencia frustrada y la ideación suicida. Tres de estos estudios mostraron un tamaño de efecto moderado ($d = 0,49-0,74$). Del mismo modo que la percepción de ser una carga, la pertenencia frustrada ha sido un predictor de ideación suicida en estudios con personas con enfermedad mental, presidiarios, universitarios y población general.

Ideación suicida y derrota

La derrota se define como la experiencia de sentirse abatido, humillado e incompetente para manejar el estrés de una situación vital adversa (O'Connor, 2011; Tucker et al., 2016). Una revisión de Taylor et al. (2011a) aseveró que había suficiente evidencia para afirmar que la derrota (y el atrapamiento) estaban asociadas a un incremento del riesgo suicida en población clínica y comunitaria.

En un estudio con pacientes hospitalizados después de un intento de suicidio se observaron correlaciones moderadamente fuertes entre la derrota (y el atrapamiento) y la ideación suicida (O'Connor et al., 2013). Igualmente, en un estudio longitudinal con pacientes diagnosticados de trastorno bipolar, la derrota (y el atrapamiento) mostró ser un predictor de ideación suicida a los cuatro meses de seguimiento, y la relación derrota-ideación suicida estuvo mediada por el atrapamiento (Owen et al., 2018).

En población comunitaria, la derrota fue un predictor significativo de ideación suicida al inicio de un estudio longitudinal y tuvo un efecto indirecto sobre la ideación suicida mediado por el atrapamiento, al inicio del estudio y al mes de seguimiento (Branley-Bell et al., 2019). Asimismo, en estudiantes universitarios, la derrota tuvo un efecto directo sobre la ideación suicida y no se halló un efecto de mediación por parte del atrapamiento en esta relación (Tucker et al., 2016).

Ideación suicida y atrapamiento

El atrapamiento puede ser definido como la sensación de estar atrapado o bloqueado, interna o externamente, sintiéndose sin escape, sin posibilidad de rescate e impotente para cambiar aspectos de uno mismo (O'Connor y Kirtley, 2018; Tucker et al., 2016). Un metaanálisis de Siddaway et al. (2015) mostró una relación clara entre el atrapamiento (y la derrota) y el riesgo suicida, con un tamaño de efecto grande. Asimismo, existe evidencia sólida que corrobora la relación entre el atrapamiento y la ideación suicida (O'Connor y Portzky, 2018).

En un estudio de Rasmussen et al. (2010), los pacientes hospitalizados por autolesión mostraron un mayor grado de atrapamiento (y derrota) en comparación con un grupo control. Además, el atrapamiento fue un mediador entre la derrota y la ideación suicida (Rasmussen et al., 2010). En pacientes hospitalizados en unidad psiquiátrica por presentar ideación y otras conductas suicidas, Li et al. (2018) encontraron un efecto de mediación parcial del atrapamiento entre el dolor emocional y la ideación suicida, así como una mediación completa entre un conjunto de variables relacionadas con las crisis suicidas (i.e., la profusión de pensamientos

Ideación suicida: conceptualización y aspectos de la medida

negativos incontrolables y abrumadores, los síntomas somáticos asociados a un estado disociativo y el miedo a morir) y la ideación suicida. En pacientes con esquizofrenia, el atrapamiento y la derrota (conceptualizados como una única variable) explicaron un 31% de la varianza de ideación suicida y mostraron un rol mediador entre la severidad de los síntomas positivos de esquizofrenia y la ideación suicida (Taylor et al., 2010). En población no clínica, un estudio con una muestra de adolescentes halló que el atrapamiento era la variable más fuertemente asociada con la ideación suicida, a pesar de controlar por la ira, los síntomas psicósomáticos, la depresión y la resiliencia (Park et al., 2010).

Ideación suicida y dolor psicológico

El dolor psicológico ha sido identificado en la literatura como uno de los motivos para suicidarse más frecuentes (e.g., Chávez-Hernández et al., 2009). En ocasiones, se ha hecho referencia al dolor psicológico con otros términos como dolor mental, dolor psíquico, dolor emocional, *psychache* o perturbación interna (Meerwijk y Weiss, 2014). Según Orbach et al. (2003), el dolor psicológico es “un amplio rango de experiencias subjetivas caracterizado por la conciencia de cambios negativos en el yo, y en sus funciones, acompañado de sentimientos negativos” (p. 228). Anteriormente, Shneidman acuñó el término *psychache* para hacer referencia al dolor psicológico intolerable (Shneidman, 1993). Según Shneidman (1999), el dolor psicológico es una experiencia introspectiva de emociones negativas tales como la angustia o el sufrimiento. Con el fin de clarificar el concepto, una revisión sobre las definiciones de dolor psicológico (y las teorías que lo incluyen como un elemento principal) en los últimos 60 años ha encontrado una serie de características

o atributos comunes: a) la valoración negativa de un yo deficiente, b) una experiencia duradera, y c) la necesidad de resolver el dolor psicológico para evitar graves consecuencias negativas (Meerwijk y Weiss, 2011). En definitiva, **el dolor psicológico puede definirse como una sensación duradera, insostenible y desagradable que es resultado de la valoración negativa de la incapacidad o deficiencia del yo** (Meerwijk y Weiss, 2011).

Numerosos estudios han mostrado evidencia empírica sobre la contribución del dolor psicológico a la predicción de la ideación y otras conductas suicidas (e.g., Ducasse et al., 2018), incluso en presencia de desesperanza y depresión (e.g., Troister y Holden, 2012). Asimismo, hay hallazgos que posicionan al dolor psicológico como una variable más fuertemente asociada a la ideación suicida, la motivación suicida, la preparación y los intentos de suicidio que otros factores de riesgo comunes, como la depresión, la desesperanza y el perfeccionismo (Flamenbaum y Holden, 2007; Holden et al., 2001; Troister y Holden, 2010).

El dolor psicológico ha mostrado ser un factor de riesgo suicida para las personas con y sin diagnóstico de psicopatología (Rizvi et al., 2017; Verrocchio et al., 2016). En personas con un episodio depresivo que requiere hospitalización, el dolor psicológico estuvo asociado con un aumento de la intensidad y frecuencia de la ideación suicida (Olié et al., 2010). Del mismo modo, en un estudio con universitarios con alto riesgo suicida y población general, las fluctuaciones en el grado de dolor psicológico a lo largo del tiempo mostraron estar ligadas a cambios en la ideación y la preparación suicida (Troister et al., 2012). Por último, un estudio longitudinal de cuatro años ha demostrado que el dolor psicológico es la única variable estadísticamente significativa que se asoció con cambios en la ideación

Ideación suicida: conceptualización y aspectos de la medida

suicida en una muestra de estudiantes con alto riesgo de suicidio (Montemarano et al., 2018).

Ideación suicida y desesperanza

La desesperanza puede ser definida como **una conducta caracterizada por atribuciones negativas sobre el futuro y la propia capacidad para mejorar las perspectivas** (Klonsky et al., 2012). Desde hace casi 60 años, la desesperanza se ha considerado un constructo psicológico importante para la comprensión del fenómeno suicida (Beck et al., 1985). Numerosos estudios han corroborado la relevancia de la desesperanza como un factor de riesgo para la ideación suicida, los intentos suicidas y el suicidio (e.g., Brown et al., 2000; Kuo et al., 2004; Minkoff et al., 1973; Rudd, 1990). La relación entre la desesperanza y la ideación suicida ha resultado ser más fuerte y estable que la relación entre la ideación suicida y la sintomatología depresiva (Beck et al., 1993; Wetzel, 1976) o los denominados trastornos por consumo de sustancias (Kuo et al., 2004). Asimismo, esta asociación parece robusta en muestras clínicas (e.g., en pacientes hospitalizados y ambulatorios de unidad psiquiátrica, McCullumsmith et al., 2014; en pacientes diagnosticados de trastorno obsesivo-compulsivo, Nagy et al., 2020; o trastorno bipolar, Acosta et al., 2012) y no clínicas (e.g., atletas, Sun et al., 2020; o estudiantes universitarios, Kwok, 2011).

Ideación suicida y evitación experiencial

El modelo de flexibilidad psicológica de la psicopatología (Hayes et al., 2012) incluye la evitación experiencial como un proceso psicológico y primordial en el

establecimiento de la inflexibilidad. Este proceso **se caracteriza por un conjunto de medidas orientadas a la supresión, eliminación o control de la experiencia privada** (e.g., sensaciones corporales, pensamientos, recuerdos, etc.) **con el fin de alterar su forma y frecuencia, así como los contextos que la ocasionan** (Hayes et al., 1996). El uso de la evitación experiencial estaría reforzado negativamente por una reducción del distrés efímera o temporal, y reforzado positivamente por experiencias sociales y fuerzas socioculturales que fomentan la evitación como una estrategia de resolución (Ellis y Rufino, 2016; Hayes et al., 2012). Sin embargo, extendida en el tiempo, lejos de resolver el malestar provocado por estas experiencias, esta “estrategia de resolución” intensifica el malestar, aumenta la frecuencia de estas experiencias y, en definitiva, agrava la condición de la persona (Hayes et al., 2012; Wenzlaff y Wegner, 2000). Aunque la evitación experiencial es una respuesta natural ante experiencias internas aversivas y puede cumplir funciones adaptativas, la problemática adherida a esta estrategia radica en su uso indiscriminado como respuesta ante emociones negativas u otras experiencias internas (Ellis y Rufino, 2016; Hayes et al., 2012).

Hay evidencia de que la inflexibilidad psicológica está implicada en el origen y mantenimiento de la psicopatología (e.g., el trastorno de ansiedad generalizada, Roemer et al., 2005; o la depresión, Cribb et al., 2006), constituyendo una forma generalizada de vulnerabilidad psicológica (Aguirre-Camacho y Moreno-Jiménez, 2017; Kashdan et al., 2006). Además, la evitación experiencial no es nueva en la literatura sobre el suicidio. En un estudio de Pettit et al. (2009) se halló una fuerte asociación positiva entre la supresión del pensamiento aversivo y la frecuencia de la ideación suicida en población comunitaria y clínica, tras controlar el efecto de la

Ideación suicida: conceptualización y aspectos de la medida

sintomatología depresiva. En este mismo trabajo también se encontró evidencia de que las personas que presentaban una tendencia a la supresión del pensamiento al inicio del estudio mostraron una ideación suicida más grave a las cuatro semanas de estudio. En consonancia con estos hallazgos, Ellis y Rufino (2016) descubrieron que el aumento de la evitación experimental estaba asociado a un aumento de la ideación suicida en los pacientes hospitalizados en unidad psiquiátrica después de controlar la gravedad de la sintomatología depresiva y la desesperanza. En pacientes diagnosticados de trastorno obsesivo-compulsivo, la evitación experiencial medió la relación entre la gravedad de las obsesiones y compulsiones y la experiencia suicida (Angelakis y Gooding, 2020). Recientemente, en una muestra de adultos jóvenes, Krafft et al. (2019) han demostrado que la evitación experiencial es un sólido predictor de la ideación suicida, tanto transversal como longitudinalmente. Asimismo, la evitación experiencial incrementó el riesgo suicida en una muestra de estudiantes universitarios (Chou et al., 2018). En definitiva, creemos que hay motivos para considerar la evitación experiencial como una estrategia implicada (directa o indirectamente) en la persistencia, frecuencia y controlabilidad de la ideación suicida (Kerkhof y van Spijker, 2011; Pettit et al., 2009).

En síntesis

La ideación suicida es fuente de malestar y sufrimiento para quien la padece y está asociada a una amplia comorbilidad (Jobes y Joiner, 2019; Kleiman et al., 2017; McCarty et al., 2011). Asimismo, es más frecuente que el resto de las conductas suicidas y, en la mayoría de las ocasiones, padecer ideación suicida no deriva en una conducta suicida potencialmente fatal (e.g., Nock et al., 2008; Stritzke y Page, 2020).

En consecuencia, más allá de un síntoma de una etiqueta diagnóstica o un estado psicológico que precede a otras conductas suicidas, esta tesis promueve un punto de vista focalizado en el estudio, la prevención y el tratamiento de la ideación suicida como un objetivo clínico *per se* (Kleiman, 2020).

Según las teorías psicológicas más recientes sobre la conducta suicida (Klonsky et al., 2018), las variables implicadas en el desarrollo de la ideación suicida (i.e., percepción de ser una carga, pertenencia frustrada, percepción de derrota, percepción de atrapamiento, dolor psicológico, desesperanza, evitación experiencial) podrían esclarecer la relación entre psicopatología e ideación suicida (e.g., Campos et al., 2016). Del mismo modo, estas variables podrían constituir una diana terapéutica que suponga una mejora en el manejo de la ideación suicida, ya que, con el fin de intervenirla o predecirla, resulta preferible centrarse en la conducta (interna o externa) modificable y transversal a las etiquetas diagnósticas (Brown, 2001). Asimismo, como veremos en el siguiente apartado, estas variables podrían jugar un rol importante en la evaluación y predicción de la ideación suicida.

¿Cómo se ha abordado la medida de ideación suicida?

Disponer de una medida robusta de ideación suicida es necesaria para la investigación, así como para el desarrollo y la evaluación de los programas de prevención y tratamiento de la ideación suicida (Brown, 2001; Range y Knott, 1997). Como ya se ha comentado, la forma en la que se ha conceptualizado la ideación suicida es variada y, en ocasiones, inespecífica, lo que irremediablemente ha repercutido en su operativización (Brown, 2001). En consonancia con la variedad de conceptualizaciones de la ideación suicida, **el conjunto de instrumentos de medida de ideación suicida se caracteriza por su pluralidad y heterogeneidad.**

En los ensayos epidemiológicos, la ideación suicida suele evaluarse a través de **una pregunta sobre la presencia o ausencia de la ideación** (i.e., ideación suicida sí o no), lo que aporta poca información sobre la severidad de esta u otras propiedades y/o atributos relacionados (van Spijker et al., 2014). Asimismo, en la literatura psicológica y psiquiátrica (e.g., Badiee et al., 2012; Choi et al., 2015; Granö et al., 2015; Kanzler et al., 2012) es común el uso **del ítem 9 del inventario de depresión de Beck** (BDI-II; Beck et al., 1996) para evaluar ideación suicida. Este ítem de respuesta múltiple indica la presencia y severidad de la ideación suicida (0 = *No tengo ningún pensamiento de matarme.*, 1 = *He tenido pensamientos de matarme, pero no lo haría*, 2 = *Querría matarme* y 3 = *Me mataría si tuviera la oportunidad de hacerlo*) y ha mostrado evidencias de validez concurrente en población clínica con las subescalas de ideación suicida de la escala Columbia para evaluar el riesgo de suicidio (C-SSRS; Posner et al., 2011, 2014b) y con la escala de

ideación suicida de Beck (SSI; Beck et al., 1979; Beck y Steer, 1991). A pesar de ser un mero indicador de ideación suicida, este ítem ha mostrado su utilidad para captar las fluctuaciones de la ideación suicida durante el curso del tratamiento y para el cribado (Brown, 2001). Del mismo modo que el ítem 9 del BDI-II, **el ítem 9 del Cuestionario sobre la Salud del Paciente** (PHQ-9; Kroenke et al., 2001) evalúa la frecuencia de los deseos de estar muerto y los pensamientos de autolesionarse (desde 0 = *nunca* hasta 3 = *casi todos los días*) durante las últimas dos semanas. Sin embargo, el hecho de que el enunciado de este ítem esté compuesto por los deseos pasivos de estar muerto y los deseos activos de autolesionarse ha mostrado un alto ratio de falsos positivos (Walker et al., 2011). Además, algunos autores (e.g., Bauer et al., 2013; Louzon et al., 2016; Na et al., 2018) apuntan a que el ítem de ideación suicida del PHQ-9 tiene un rendimiento insuficiente debido a su baja especificidad, su baja capacidad de predicción de otras conductas suicidas y las notables variaciones según el grupo y otras características demográficas. Igualmente, ambos ítems (ítem 9 del BDI-II y del PHQ-9) podrían sesgar la interpretación sobre la relación entre depresión e ideación suicida, ya que estos forman parte de medidas muy empleadas para examinar la sintomatología depresiva (Campos et al., 2016).

Comúnmente, en el ámbito clínico, la identificación y evaluación de los pacientes con ideación suicida se realiza a través de **una entrevista** más o menos estructurada que contiene preguntas sobre la ideación suicida: el inicio, la frecuencia, la duración, la intensidad, la controlabilidad, la planificación, la intención, la letalidad, los factores de riesgo (e.g., uso de sustancias) y protectores (e.g., factores interpersonales), así como la conducta suicida anterior (Harmer et al., 2021). Si bien esta es una forma más exhaustiva y flexible de evaluar al paciente

Ideación suicida: conceptualización y aspectos de la medida

(Brown, 2001), conlleva más recursos (i.e., presencia y formación de quien entrevista), podría entorpecer las exigencias de tiempo en el contexto clínico, provocar la fatiga de los/las participantes y, en las investigaciones con muestras de tamaño considerable, podría suponer una administración inasumible (Batterham et al., 2015; van Spijker et al., 2014). Del mismo modo, la eficacia de la entrevista es dependiente de la experiencia y las creencias del/la examinador/a (Harmer et al., 2021). Un estudio comparó las puntuaciones asignadas por el personal médico sobre el riesgo suicida del paciente en comparación con las autoasignadas por estos mismos pacientes, mostrando un puntaje significativamente más bajo por parte del personal médico (Regehr et al., 2015). Asimismo, las creencias que tiene el personal médico sobre las personas que manifiestan conducta suicida puede incluir información errónea (e.g., las personas que comunican su intención suicida no se suicidan) que podría afectar a la calidad de la evaluación y el tratamiento (Bocquier et al., 2013).

A lo largo de la literatura, **un considerable número de escalas (o subescalas), cuestionarios e inventarios han tenido como propósito evaluar la ideación suicida.** Estas medidas incluyen ítems que refieren, principalmente, a la gravedad e intensidad de la ideación suicida. Como puede verse en la Tabla 2, en mayor o menor grado, la gran mayoría de estos instrumentos de medida muestran evidencias de un adecuado funcionamiento psicométrico desde el modelo de medida de la teoría clásica de test (TCT). Incluso, algunos instrumentos de medida como la escala Paykel del suicidio (Paykel et al., 1974) han analizado la precisión del test mediante la función de información del test (Fonseca-Pedrero y Pérez-de-Albéniz, 2020), técnica psicométrica basada en la teoría de respuesta al

ítem (TRI). No obstante, en gran parte de las ocasiones, el análisis de las propiedades psicométricas se ha focalizado en muestras clínicas o universitarias, lo que limita la generalización de su uso en otras poblaciones. Asimismo, a pesar de la notable diversidad de instrumentos, todos ellos parecen tener en común el propósito de evaluar la ideación suicida como un predictor de intento suicida o suicidio. Si bien este punto de vista puede ser apropiado para captar los cambios individuales en diferentes fases temporales y el cribado, este objetivo, así como la conceptualización de la ideación suicida adherida a esta perspectiva, tiende a determinar la gravedad de la ideación a través de un gradiente de intención, asumiendo que la presencia o un mayor grado de intención suicida aporta una mejor capacidad predictiva de otras conductas suicidas (Andriessen et al., 2006; Barber et al., 2002). Sin embargo, como ya hemos mencionado anteriormente, la ideación suicida, y especialmente la intención suicida, suele fluctuar y el riesgo suicida a largo plazo para las personas que manifiestan ideación suicida pasiva y activa o con declarada intención es igual (Baca-García et al., 2011). Un hecho que podría explicar las escasas evidencias de validez predictiva de estos instrumentos (Brown, 2001; Franklin et al., 2017). Además, las medidas de ideación suicida están compuestas por ítems que refieren de forma explícita a las ideas, deseos e intención de morir o suicidarse, lo que podrían resultar amenazante para el/la encuestado/a y explicaría el infrarreporte de ideación suicida que señalan Hjelmeland (1996) o Mitchell et al. (2020).

Tabla 2 Medidas de ideación suicida

Medida de ideación suicida	Administración	Población	Número de ítems	Dimensiones	Opciones de respuesta	Estimación de fiabilidad	Evidencias de validez	Adaptación al español
Escala Paykel de suicidio (Paykel et al. 1974)	Originalmente en formato de entrevista. También autoadministrada.	Población clínica (e.g., Paykel et al., 1974), comunitaria (e.g., Meneese y Yutrenka, 1990) y adolescentes (Fonseca-Pedrero et al., 2018)	Consta de 5 ítems, de los cuales 4 ítems hacen referencia a la ideación suicida (cada ítem refiere de forma gradual mayor intención, planificación y/o deseo de quitarse la vida). El último ítem hace referencia a un intento de suicidio previo.	Dos dimensiones: ideación suicida y tentativas de suicidio previa. Aunque considerada esencialmente unidimensional	Opción de respuesta dicotómica: SÍ/NO	En origen no fue considerada una escala. Por ello, hay escasas estimaciones de su fiabilidad en diferentes muestras En adolescentes: Coeficiente Omega = ,82 y, desde la TRI, función de información del test con nivel de precisión óptimo para valores extremos (Fonseca-Pedrero y Pérez-de-Albéniz, 2020)	Estructura unifactorial (Fonseca-Pedrero y Pérez-de-Albéniz, 2020) Evidencias de validez basadas en la relación con otras variables (e.g., Fonseca-Pedrero y Pérez-de-Albéniz, 2020; Paykel et al., 1974)	Sí. Adaptada a adolescentes españoles (Fonseca-Pedrero y Pérez-de-Albéniz, 2020; Fonseca-Pedrero et al., 2018)
Escala de ideación suicida (SSI; Beck et al., 1979)	Originalmente en formato de entrevista. Dispone de versión autoadministrada (BSI; Beck y Steer, 1991).	Población clínica (e.g., Beck et al., 1985; Beck et al., 1997) y universitaria (e.g., Clum y Yang, 1995)	Consta de 21 ítems. Los 19 primeros ítems refieren a la ideación suicida i.e., deseo de vivir, deseo de morir, deseo de intentar suicidarse). Los dos últimos ítems evalúan la incidencia y frecuencia de los intentos de suicidio anteriores.	Tres dimensiones: Ideación suicida pasiva, activa y tentativa suicida (Beck et al., 1979). No obstante, los ítems de ideación suicida suelen considerarse como una medida unidimensional (Brown, 2001).	Tres opciones de respuesta múltiple según la intensidad (desde 0 hasta 2)	En población clínica: Alfa de Cronbach entre ,84 y ,89	Estructura de tres factores (Beck et al., 1979; Steer et al., 1993). Evidencias de validez basadas en la relación con otras variables (e.g., Beck et al., 1997; Molock et al., 1994; Brown, 2000).	No dispone de estudios de adaptación y propiedades psicométricas al contexto español, aunque sí hay algunas traducciones al castellano (e.g., Rodríguez-Pulido y González de Rivera, 2000)
Cuestionario de conductas suicida (SBQ; Linehan, 1981)	Escala autoadministrada	Población clínica y universitaria (e.g., Cotton et al., 1995)	Respecto a la medida de ideación suicida, la SBQ contiene una subescala compuesta por 4 ítems. Estos miden la frecuencia de la ideación, la comunicación de esta ideación, la actitud y las expectativas de realizar un intento de suicidio.	Unidimensional: ideación suicida	Opciones de respuesta que varían según el ítem, con intervalos de 1-3, 1-5 (2 ítems) y 1-6.	En población clínica: Alfa de Cronbach de ,75 (Cotton et al., 1995) En universitarios: Alfa de Cronbach de ,80 (Cotton et al., 1995). Fiabilidad test-retest = ,95	Evidencias de validez basadas en la relación con otras variables (Cotton et al., 1995)	Sí. Adaptada al contexto español en una muestra de universitarios (Gómez-Romero, 2019).
Escala de ideación suicida (SIS; Rudd, 1989)	Escala Autoadministrada	Población universitaria (Rudd, 1989) y militares (Luxton et al., 2011)	La escala consta de 10 ítems que miden la severidad/intensidad de la ideación suicida durante el último año.	Deseo suicida y plan/preparación	Opciones de respuesta de tipo Likert de 5 puntos desde 1 "Nunca o ninguna vez" hasta 5 "Siempre o la mayoría de las veces"	En universitarios: Alfa de Cronbach = ,86 (Rudd, 1989) En militares: Alfa de Cronbach del factor deseo suicida = ,89 Alfa de Cronbach del factor preparación = ,89	Estructura de dos factores (deseo suicida y preparación). Evidencias de validez basada en la relación con otras variables (Rudd, 1989)	No
Cuestionario de ideación suicida en adultos (ASIQ;	Cuestionario autoadministrado	Población comunitaria (Reynolds, 1991a), Universitaria (Reynolds, 1991b) y	Cuestionario compuesto por 25 ítems que incluyen desde los deseos generales de estar muerto, hasta aquellos que evalúan las expectativas de realizar una tentativa o la	Unidimensional: ideación suicida	Opciones de respuesta de tipo Likert de 7 puntos desde 0 "nunca lo he pensado" hasta 6 "casi todos los días"	La consistencia interna de la escala a través de las diferentes muestras osciló entre ,96 y ,98 (Osman et al., 1999; Reynolds, 1991a, 1991b)	Estructura unifactorial (Osman et al., 1999) Evidencias de validez basadas en la relación con otras	No

Tabla 2 Medidas de ideación suicida

Medida de ideación suicida	Administración	Población	Número de ítems	Dimensiones	Opciones de respuesta	Estimación de fiabilidad	Evidencias de validez	Adaptación al español
Reynolds, 1991a)		clínica (Osman et al., 1999)	consideración del suicidio como una solución a los problemas.				variables (Osman et al., 1999; Reynolds, 1991b)	
Escala de ideación suicida autovigilada (SMSI; Clum y Curtin, 1993)	Escala diseñada para ser autoadministrada diariamente.	Principalmente para población clínica (Clum y Curtin, 1993)	Compuesta por tres ítems (intensidad de la ideación suicida, duración de la ideación suicida y controlabilidad de la ideación suicida)	-	Desde o "nada" hasta 3 "fuerte" para la intensidad de la ideación suicida Desde o "nada" hasta 4 "continuamente" para la duración de la ideación suicida Desde o "fuerte, no dudo de que lo control" hasta 3 "nada, no tengo sensación de control" para el ítem de controlabilidad de la ideación suicida	-	Evidencias de validez basadas en la relación con otras variables (Clum y Curtin, 1993)	No
Inventario de ideación suicida positiva y negativa (PANSI; Osman et al., 1998)	Inventario autoadministrado	Principalmente se ha utilizado en población universitaria (Osman et al., 1998)	Inventario compuesto por dos subescalas (i.e., pensamientos positivos y negativos) de 10 ítems cada una	Dos dimensiones: pensamientos positivos y negativos relacionados con la conducta suicida	Opciones de respuesta tipo Likert de 5 puntos desde 1 "nada de tiempo" hasta 5 "la mayoría del tiempo"	La estimación de la fiabilidad mediante alfa de Cronbach osciló entre ,80 y ,93 (Osman et al., 1998)	Estructura de dos factores (i.e., pensamientos positivos y negativos) Evidencias de validez basadas en la relación con otras variables (Osman et al., 1998) Evidencias de validez para la predicción del suicidio en población clínica (Beck et al., 1999; Brown et al., 2000) Sensibilidad al cambio (e.g., Linehan et al., 1991)	No está adaptada al contexto español, pero ha mostrado buenas propiedades psicométricas en una muestra de estudiantes colombianos (Villalobos-Galvis, 2010)
Escala Columbia para evaluar el riesgo de suicidio (C-SSRS; Posner et al., 2011, 2014b)	Entrevista semiestructurada	Destinada a población clínica	Respecto a la ideación suicida, la C-SSRS consta de dos subescalas: Gravedad de la ideación suicida: compuesta por 5 ítems. Cada uno de estos ítems alude a una manifestación de la ideación suicida de gravedad creciente.	Dos dimensiones: gravedad e intensidad de la ideación suicida.	Subescala de gravedad: opción de respuesta ordinal de 5 puntos desde 1 "deseos de morir" hasta 5 "ideación suicida con plan específico e intención".	La estimación de la fiabilidad de la subescala de intensidad de la ideación suicida mediante alfa de Cronbach osciló entre ,73 y ,94 (Posner et al., 2011) en tres muestras clínicas. La consistencia interna de las puntuaciones de la subescala de intensidad de la	Análisis de componentes principales de la subescala de intensidad de la ideación suicida. Un componente compuesto por los ítems que refieren a la frecuencia, duración y	Sí. Adaptada al contexto español para la evaluación y supervisión de la ideación suicida en población clínica (Al-Halabi et al., 2016)

Tabla 2 Medidas de ideación suicida

Medida de ideación suicida	Administración	Población	Número de ítems	Dimensiones	Opciones de respuesta	Estimación de fiabilidad	Evidencias de validez	Adaptación al español
			Intensidad de la ideación suicida: compuesta por 5 ítems. Un ítem mide la frecuencia, otro la duración, y los tres últimos la controlabilidad, la disuasión y el motivo de la ideación.		Subescala de intensidad de la ideación suicida: Los ítems de frecuencia y duración son evaluados mediante opciones de respuesta ordinal de 5 puntos Los ítems de controlabilidad, disuasión y motivo son evaluados con opciones de respuesta ordinales de 6 puntos	ideación suicida mediante el alfa de Cronbach fue de ,53 en una muestra de pacientes hospitalizados en unidad psiquiátrica (Al-Halabí et al., 2016)	controlabilidad de la ideación suicida y otro componente formado por los ítems de disuasión y motivo (Al-Halabí et al., 2016) Evidencias de validez basadas en la relación con otras variables (Al-Halabí et al., 2016; Posner et al., 2011) Estudio de sensibilidad y especificidad (Posner et al., 2011) Estudio de sensibilidad al cambio (Posner et al., 2011) Evidencias de validez predictiva e incremental (Posner et al., 2011)	
Escala de atributos de la ideación suicida (SI-DAS; van Spijker et al., 2014)	Escala autoadministrada	Población comunitaria (van Spijker et al., 2014)	La escala consta de 5 ítems que refieren a la frecuencia, controlabilidad, cercanía al intento suicida, el estrés asociado a la ideación suicida y la interferencia de la ideación en las actividades diarias	Unidimensional: ideación suicida	Opciones de respuesta de 11 puntos desde 0 "nunca, control, ninguna cercanía, en absoluto, en absoluto" hasta 10 "siempre, sin control, lo he intentado, extremadamente, extremadamente"	La estimación de la fiabilidad de las puntuaciones de la SI-DAS fue ,91 a través del alfa de Cronbach en población comunitaria.	Estructura unifactorial (van Spijker et al., 2014) Evidencias de validez basadas en la relación con otras variables (van Spijker et al., 2014)	No
Inventario de frecuencia de la ideación suicida (FSII; Chang y Chang, 2016)	Inventario autoadministrado	Población comunitaria y universitaria (Chang y Chang, 2016; Chang et al., 2017; Sánchez-Álvarez et al., 2020)	Inventario compuesto por 5 ítems que miden los pensamientos relacionados con el suicidio	Unidimensional: ideación suicida	Opciones de respuesta de tipo Likert de 5 puntos desde 1 "nunca" hasta 5 "la mayoría de los días"	La estimación de la fiabilidad de las puntuaciones de la FSII a través del alfa de Cronbach osciló entre ,85 y ,93; y la fiabilidad test-retest fue de ,61 (Chang y Chang, 2016; Chang et al., 2017; Sánchez-Álvarez et al., 2020)	Estructura unifactorial (Chang y Chang, 2016; Chang et al., 2017) Invarianza factorial entre género y edad (Sánchez-Álvarez et al., 2020) Evidencias de validez basadas en la relación con otras variables (Chang y Chang, 2016)	Sí. Adaptada al contexto español en una muestra de adultos españoles (Sánchez-Álvarez et al., 2020)

A pesar de la considerable cantidad de instrumentos para medir la ideación suicida (tabla 2), **ninguno se ha posicionado como un estándar** (Batterham et al., 2015). Una revisión sistemática de Andreotti et al. (2020), en la cual encontraron 20 instrumentos para detectar y evaluar el riesgo suicida, posicionó **la SSI** (Beck et al., 1979) y **la C-SSRS** (Posner et al., 2011, 2014b) como los instrumentos más citados en la literatura. La SSI evalúa los deseos suicidas, la ideación suicida activa y las tentativas de suicidio. En cambio, la C-SSRS, a través de cuatro bloques de preguntas, explora la severidad y la intensidad de la ideación suicida, así como otros comportamientos suicidas y su letalidad. Ambas escalas ofrecen una exploración completa de la ideación suicida, pero no muestran total coincidencia en los atributos o características a evaluar. Igualmente, aunque ambos instrumentos de medida aportan numerosas evidencias de validez que avalan su uso (Tabla 2), ninguna ha mostrado resultados sumamente contundentes como para ser considerada un estándar de oro (Andreotti et al., 2020). La SSI está orientada al contexto clínico y suelen autoadministrarse como herramienta de apoyo para la evaluación clínica en personas que ya están en riesgo de suicidio. En cambio, la C-SSRS puede aplicarse en personas con riesgo o sin riesgo suicida, sin embargo, es una escala con formato entrevista, lo que dificulta su administración en el contexto de investigación. En definitiva, ambas pueden ser consideradas buenas medidas de cribado para la ideación suicida, no obstante, están enfocadas en determinar el riesgo suicida del paciente. Se trata de un punto de vista interesado en la ideación suicida como un factor de riesgo suicida, en el cual la predicción de la ideación suicida, así como su prevención e intervención queda en un segundo plano.

Con el fin de cubrir este último aspecto, **hay un conjunto de medidas**, menos numerosas, **orientadas a evaluar la ideación suicida a través de un agregado de variables relacionadas**, que pueden ser muy útiles para el cribado de personas en riesgo de padecer ideación suicida, la predicción de la ideación suicida y orientar la terapia a aspectos concretos del desarrollo y mantenimiento de esta. Dentro de este tipo de medidas encontramos **el cuestionario de detección de ideación suicida** (SIS-Q; Cooper-Patrick et al., 1994). Una medida diseñada a partir de las características que presentaban 154 pacientes de medicina general que reportaban ideación suicida en el último año. Se observó un incremento en la probabilidad de padecer ideación suicida entre los/as pacientes que manifestaron respuestas más positivas a preguntas sobre los problemas de sueño, el estado de ánimo, los sentimientos de culpa y la desesperanza. Basándose en estos resultados, los autores diseñaron un cuestionario en formato entrevista compuesto por 4 ítems con opciones de respuesta dicotómicas (sí/no) que refieren a estas cuatro características para identificar a las personas en riesgo de padecer ideación suicida. De una forma más general, **el formulario de situación de suicidio** (SSF; Jobes et al., 1997) consta de 6 ítems autoadministrados y 6 ítems administrados por el personal clínico con opciones de respuesta tipo Likert de 5 puntos (desde 1 “bajo” hasta 5 “alto”) que evalúan el dolor psicológico, los factores estresantes externos, la desesperanza, la baja autoestima, la agitación emocional y el riesgo general de suicidio. Respecto a sus propiedades psicométricas, el SSF ha mostrado un buen acuerdo entre la sección autorreportada y la administrada por el/la encuestador/a (Eddins y Jobes, 1994) y ha obtenido evidencias de validez basadas en la relación con otras variables (Jobes et al., 1997). Sin embargo, aunque el análisis de la estructura

del SSF mostró un factor, los índices de discriminación, el porcentaje de varianza compartida, así como comunalidades bajas apuntan a una estructura multidimensional (Brown, 2001; Jobes et al., 1997). Del mismo modo, las estimaciones de fiabilidad mediante el test-retest fueron entre bajas y moderadas (Eddins y Jobes, 1994).

Como se ha visto hasta ahora, las variables relacionadas con la ideación suicida que conforman los instrumentos de medida enfocados en la predicción y la intervención de la ideación suicida son seleccionadas por las características de las personas que habían manifestado ideación suicida en el último año (Cooper-Patrick et al., 1994) o por ser consideradas factores de riesgo suicida clásicos (Jobes et al., 1997). Sin embargo, con el propósito de atender a la ideación suicida, medirla, predecirla y orientar su intervención, las teorías y los modelos de suicidio actuales deben guiar el desarrollo de este tipo de medidas. Como ya hemos visto, las teorías circunscritas al marco teórico de la ideación a la acción suicida (Klonsky et al., 2018) proponen un conjunto de variables psicológicas implicadas en el desarrollo de la ideación suicida (i.e., percepción de ser una carga, pertenencia frustrada, percepción de derrota, percepción de atrapamiento, dolor psicológico y desesperanza). Estas variables podrían desempeñar un papel significativo en la predicción de la ideación suicida, tal y como se observa en el estudio de Schafer et al. (2021), donde **los constructos de estas teorías mostraron una mejor capacidad predictiva de la ideación suicida al compararlas con los elementos clave de otras teorías del suicidio clásicas** (i.e., los biomarcadores del modelo diátesis-estrés, Oquendo et al., 2014; la sintomatología depresiva y la desesperanza propuesta por el modelo de desesperanza de Beck, Beck, 1986; o la desregulación emocional del

modelo biosocial, Linehan, 1983). Igualmente, creemos que **medir estas variables optimiza la comprensión de la situación personal del afectado/a para orientar la intervención** (Perlman y Neufeld, 2014).

A continuación, repasaremos las medidas de cada uno de los constructos ligados al desarrollo de la ideación suicida que proponen las tres teorías de la ideación a la acción suicida (Klonsky et al., 2018).

El Cuestionario de Necesidades Interpersonales (*The Interpersonal Needs Questionnaire*, INQ; Van Orden et al., 2012)

Según la teoría interpersonal del suicidio (IPTS, Joiner, 2005; Van Orden et al., 2010), la frustración de dos necesidades interpersonales (i.e., la percepción de ser una carga y la pertenencia frustrada) son los motivos psicológicos cruciales en el desarrollo del deseo de morir. Por ello, **el cuestionario de necesidades interpersonales** (INQ; Van Orden, 2009; Van Orden et al., 2012) fue desarrollado con el objetivo de medir ambos constructos a través de dos subescalas, siendo, hoy en día, el instrumento más ampliamente utilizado para este propósito. Originariamente en inglés, el INQ ha sido adaptado a diferentes culturas como la alemana (Glaesmer et al., 2014; Hallensleben et al., 2016), la china (Zhang et al., 2013), la suiza (Baertschi et al., 2017), la eslovena (Podlogar et al., 2017), la portuguesa (Costa et al., 2019) o la italiana (Iliceto et al., 2020). Igualmente, el INQ ha sido aplicado en numerosas muestras con diferentes características: pacientes psiquiátricos (e.g., Monteith et al., 2013), presidiarios (e.g., Mandracchia y Smith, 2015), estudiantes universitarios (e.g., Hagan et al., 2015), minorías sexuales (Silva

et al., 2015) y militares (Bryan et al., 2010). A pesar de que la versión original del INQ constaba de 25 ítems (Van Orden, 2009), el INQ ha sido refinado a una versión de 12 ítems con el fin de ganar en precisión y reducir la multicolinealidad entre ambos constructos (Van Orden et al., 2008). Asimismo, múltiples versiones del INQ, con longitud variable, han obtenido evidencias de validez en mayor o menor grado: INQ-18 (e.g., Marty et al., 2012; Monteith et al., 2013), INQ-15 (e.g., Hill y Pettit, 2013; Van Orden et al., 2012), INQ-12 (e.g., Freedenthal et al., 2011; Hill y Pettit, 2012) e INQ-10 (Bryan et al., 2010, 2013). Las opciones de respuesta de ambas subescalas son de tipo Likert de 7 puntos (desde 1 “no es cierto para mí” hasta 7 “es totalmente cierto para mí”). Asimismo, el análisis de la estructura interna del INQ ha mostrado dos factores acordes a cada una de las subescalas (Hill et al., 2015). Las puntuaciones de ambas subescalas, en sus diferentes versiones y muestras, han obtenido una consistencia interna entre ,84 y ,90 para la percepción de ser una carga, y entre ,75 y ,88 para la pertenencia frustrada (Hill et al., 2015). Del mismo modo, la capacidad de predecir la ideación suicida del INQ ha sido evaluada en diferentes muestras y versiones con resultados satisfactorios, especialmente para la versión de 10 y 15 ítems (Hill et al., 2015).

Las Escalas de Derrota y Atrapamiento (*The Defeat Scale and The Entrapment Scale*, DS y ES; Gilbert y Allan, 1998)

Acorde al modelo integrado motivacional-volitivo del suicidio (IMV, O'Connor, 2011; O'Connor y Kirtley, 2018), la percepción de derrota y la percepción de atrapamiento constituyen “la columna vertebral” de la fase motivacional del

modelo, es decir, aquella fase orientada a qué y cómo se conforma la ideación/intención suicida. Con el fin de disponer de una medida de derrota y atrapamiento, Gilbert y Allan (1998) crearon tres escalas: **la escala de derrota** (DS; 16 ítems), **la escala de atrapamiento interno** (ES; 6 ítems) y **la escala de atrapamiento externo** (ES; 10 ítems). Asimismo, ambas medidas han sido adaptadas a otras culturas como la alemana (Forkmann et al., 2017; Trachsel et al., 2010) o la turca (Akin et al., 2013) con resultados satisfactorios.

La DS es un instrumento autoadministrado que mide la frecuencia de sentirse derrotado en la última semana. Esta escala está conformada por 16 ítems con opciones de respuesta de tipo Likert de 5 puntos (desde 0 “nunca” hasta 4 “siempre”). Esta escala es considerada unidimensional, aunque algunos autores (e.g., Forkmann et al., 2018) han hallado un factor extra conformado por los ítems invertidos (ítems 2, 4 y 9). Asimismo, las puntuaciones de la DS han mostrado una buena consistencia interna (Gilbert y Allan, 1998) en una muestra de universitarios (alfa de Cronbach = ,94) y personas con sintomatología depresiva (alfa de Cronbach = ,93).

De igual forma, la ES es un instrumento autoadministrado de 16 ítems que, originalmente, constaba de 2 subescalas: 10 ítems que miden la percepción de atrapamiento inducido por eventos externos (i.e., percibirse atrapado por acontecimientos y experiencias del mundo exterior tales como las obligaciones, las relaciones y/o la situación laboral) y 6 ítems que evalúan la percepción de atrapamiento inducido por eventos internos (i.e., percibirse atrapado en el dolor desencadenado por los pensamientos y sentimientos internos). Sin embargo, Gilbert y Allan (1998) no comprobaron la estructura interna de la ES, afirmando que esta

diferenciación se debió a que desconocían si el tipo de estresor del atrapamiento (externo e interno) podría ser sustancial. La estructura propuesta de dos factores no siempre ha encontrado apoyo empírico en análisis posteriores. Por ejemplo, Taylor et al. (2009) hallaron una estructura unifactorial acorde a una motivación general de escape bloqueada. Las puntuaciones de la subescala de atrapamiento externo e interno han mostrado una buena consistencia interna (Gilbert y Allan, 1998) en una muestra de universitarios (ES externa = ,88; ES interna = ,93) y en una muestra de personas diagnosticadas de depresión (ES externa = ,89; ES interna = ,86). Respecto a las evidencias de validez basadas en la relación con otras variables, las puntuaciones de la DS y la ES se han asociado de forma positiva, alta y estadísticamente significativa con la gravedad de la sintomatología depresiva, la desesperanza y la ideación suicida (e.g., Carvalho et al., 2013; Panagioti et al., 2013, 2017; Siddaway et al., 2015).

La Escala de Dolor Psicológico (*The Psychache Scale*, PS; Holden et al., 2001)

Dentro del marco teórico de la ideación a la acción suicida (Klonsky et al., 2016), la teoría más reciente es la teoría de tres pasos (3ST, Klonsky y May, 2015). Como su nombre indica, la 3ST plantea un modelo de tres pasos, en los cuales el primer y segundo paso están enfocados en el desarrollo de la ideación suicida. Brevemente, el primer paso sugiere que la ideación suicida surge de la combinación del dolor (usualmente psicológico) y la desesperanza. En el segundo paso, la teoría sugiere que la ideación suicida (o intención) no se exacerbará si las personas que

padecen dolor psicológico y desesperanza se sienten conectadas, entendida esta como la conexión con otras personas, aunque los autores consideran que también puede referir a la conexión con proyectos, roles, intereses o cualquier propósito que favorece el sentido vital. En definitiva, esta teoría, al igual que la teoría de Shneidman (1993), enfatiza la relevancia del dolor psicológico como un (el) motivo crucial de suicidio, aunque posiciona a la desesperanza como un elemento necesario para el desarrollo del deseo suicida y considera la conexión como un factor que contiene o disminuye la intensidad del deseo suicida (i.e., factor protector).

Con el fin de operativizar y medir el dolor psicológico, Holden et al. (2001) desarrolló la ***Psychache Scale*** o la **escala de dolor psicológico**. Basados en la definición de dolor psicológico de Shneidman (1993), los autores generaron un *pool* de 31 ítems de los cuales 13 fueron seleccionados para conformar una versión parsimoniosa y homogénea de la escala de dolor psicológico. Del ítem 1 al ítem 9 las opciones de respuesta oscilan de 1 “nunca” a 5 “siempre”. El resto de los ítems tienen opciones de respuesta desde 1 “muy en desacuerdo” hasta 5 “muy de acuerdo”. Los análisis factoriales muestran una estructura unidimensional (Holden et al., 2001). Esta versión final ha obtenido buenas propiedades psicométricas y ha sido adaptada a diferentes contextos culturales como el chino (Yang y Chen, 2017), el polaco (Chodkiewicz et al., 2017) o el portugués (Campos et al., 2019). Las puntuaciones de la PS han mostrado consistencias internas por encima de ,90 en universitarios (Troister y Holden, 2010) y presidiarios (Mills et al., 2005). Asimismo, las evidencias de validez basadas en la relación con otras variables han mostrado que las puntuaciones de la PS se asociaron de forma moderada-alta, positiva y estadísticamente significativa con la gravedad de la sintomatología depresiva, la

desesperanza y la ideación suicida (e.g., Montemmarano et al., 2018). Debido a su sencilla administración y las evidencias de validez respecto a su capacidad de predecir la ideación suicida (mejor que la depresión y la desesperanza), la PS es uno de los instrumentos más utilizados para medir el dolor psicológico en el campo de la suicidología (Holden et al., 2001; Montemmarano et al., 2018; Troister y Holden, 2010, 2012).

La Escala de Desesperanza de Beck (*The Beck Hopelessness Scale, BHS*; Beck et al., 1974)

La escala de desesperanza de Beck es una escala autoadministrada que mide las expectativas negativas sobre uno mismo y su futuro, así como las emociones negativas y la motivación ligadas a esta condición. La BHS consta de 20 ítems, de los cuales 9 ítems fueron obtenidos de una escala no publicada de actitud hacia el futuro y los 11 ítems restantes eran parte de enunciados pesimistas formulados por pacientes psiquiátricos (Beck et al., 1974). El formato de respuesta es verdadero (1) – falso (0) y 9 ítems están invertidos. El estudio original de Beck et al. (1974) mostró una estructura interna de tres factores (i.e., aspectos afectivos, cognitivos y motivacionales), aunque el factor sobre los sentimientos relacionados con el futuro fue el que mayor porcentaje de varianza representaba. Asimismo, una revisión de la estructura factorial de la BHS de Aish et al. (2001) mostró que hallazgos acordes a una estructura unifactorial (e.g., Hanna et al., 2011), de dos factores (e.g., Steed, 2001) y de tres factores (e.g., Dyce, 1996). Sin embargo, la mayoría de los estudios publicados hasta la fecha elaboran la puntuación total de la BHS acorde a un factor

Ideación suicida: conceptualización y aspectos de la medida

general de desesperanza, aunque Hill et al. (1988) encontraron que solo el componente motivacional de la BHS se relacionaba significativamente con la intención suicida. Por lo que, en ocasiones, utilizar una puntuación total de la BHS puede reducir las evidencias de validez predictiva (Kruyen et al., 2013). En general, la BHS ha mostrado una buena capacidad predictiva de ideación y otras conductas suicidas (e.g., Beck et al., 1985; Huth-Bocks et al., 2007; Klonsky et al., 2012).

En síntesis, desde una perspectiva interesada en la ideación suicida como una condición psicológica con entidad propia y clínicamente relevante, esta tesis plantea la aproximación a su medida a través de las variables implicadas en su desarrollo. Aparte de considerarla una vía menos intrusiva, creemos que este punto de vista puede resultar más efectivo para indagar en la situación personal y extender los propósitos de la evaluación más allá de la predicción, como una parte integral del proceso terapéutico (Lyons et al., 2000), orientando la intervención psicológica hacia elementos más concretos y manejables clínicamente.

Capítulo 3. Objetivos y secuenciación de los estudios de investigación

*Si no creyera en lo más duro
Si no creyera en el deseo
Si no creyera en lo que creo
Si no creyera en algo puro.
Si no creyera en cada herida
Si no creyera en la que ronde
Si no creyera en lo que esconde
Hacerse hermano de la vida.
Si no creyera en quien me escucha
Si no creyera en lo que duele
Si no creyera en lo que quede
Si no creyera en lo que lucha.*

SILVIO RODRIGUEZ

–La Maza–

Como objetivo general, la presente tesis pretende **proponer una conceptualización y un avance metodológico respecto a la medida de la ideación suicida a partir de las variables psicológicas implicadas en su desarrollo según las teorías de la ideación a la acción suicida, así como la ampliación del modelo que da cabida a esta propuesta, el modelo integrado motivacional volitivo**. Para su consecución, se van a plantear cuatro fases con objetivos específicos y los estudios que procuran dar respuesta a dichos objetivos (Tabla 3).

El marco teórico de la ideación a la acción suicida ha supuesto un avance significativo en la comprensión del fenómeno suicida (O'Connor y Portzky, 2018). Esta perspectiva destaca por hacer una distinción entre los procesos y elementos que están implicados en el desarrollo del deseo suicida y aquellos otros ligados a la transición desde la ideación a la acción suicida (Klonsky et al., 2018). Un punto de vista que nos permite **circunscribirnos a los factores psicológicos implicados en el desarrollo del deseo suicida** (i.e., percepción de ser una carga, pertenencia frustrada, percepción de derrota, percepción de atrapamiento, dolor psicológico y desesperanza) que han propuesto las tres principales teorías bajo esta perspectiva (i.e., la IPTS, Joiner, 2005; el IMV, O'Connor, 2011; y la 3ST, Klonsky y May, 2015). El propósito último es **profundizar en la asociación entre estos factores y conceptualizar la ideación suicida como resultado de la interrelación entre estos**. Sin embargo, en el contexto español, no disponemos de la gran mayoría de medidas destinadas a evaluar estas variables (i.e., percepción de ser una carga, de pertenencia frustrada, de percepción de derrota, de percepción de atrapamiento y de dolor psicológico).

Para ello, el primer objetivo específico de la presente tesis **es adaptar al contexto español y analizar las propiedades psicométricas de las escalas que miden la percepción de ser una carga, la pertenencia frustrada, la percepción de derrota, la percepción de atrapamiento y el dolor psicológico**. La consecución de este objetivo se llevó a cabo mediante tres estudios. El **estudio 1**, denominado “*Psychometric properties of the Spanish version of the 12-item Interpersonal Needs Questionnaire in fibromyalgia syndrome patients*”, adaptará y analizará las propiedades psicométricas (análisis descriptivos, estimación de la fiabilidad, análisis de la estructura interna y evidencias validez basada en la relación con otras variables) de la versión española del cuestionario que mide la percepción de ser una carga y la pertenencia frustrada (Cuestionario de Necesidades Interpersonales, INQ; Van Orden et al., 2012) en una muestra de personas diagnosticadas con síndrome fibromiálgico, un grupo clínico caracterizado por dolor crónico y con una alta prevalencia de ideación y otras conductas suicidas (Calandre et al., 2015; Triñanes et al., 2014). Sin embargo, a excepción de la adaptación al contexto español del INQ, el desarrollo de esta tesis se ha centrado en la franja de edad entre 18-35 años. La razón es que este primer estudio es un *spin-off* de otro proyecto centrado en población con dolor crónico y las variables relacionadas con la ideación suicida. En cambio, focalizarnos en adultos jóvenes no solo está justificado por una cuestión de disponibilidad. El suicidio constituye la segunda causa de muerte en adolescentes y adultos jóvenes (Fonseca-Pedrero y Pérez-de-Albéniz, 2020). Además, según el metaanálisis de Lim et al. (2019), la prevalencia vital de ideación suicida en adolescentes es del 18% y un 6% para los intentos de suicidio. Del mismo modo, las primeras conductas suicidas suelen surgir en la segunda

década de vida y los adolescentes con ideación suicida, en relación con los adolescentes sin ideación, tienen 12 veces más probabilidad de atentar contra su vida a los 30 años (Cha et al., 2018). Asimismo, la ideación suicida en esta franja de edad se asocia al consumo de drogas, la presencia de síntomas depresivos, los conflictos entre iguales y un menor bienestar emocional y satisfacción con la vida (Bousoño et al., 2017; Fonseca-Pedrero et al., 2018).

El **estudio 2**, denominado “*Adaptación al español de las escalas de derrota y atrapamiento en jóvenes adultos: propiedades psicométricas*”, adaptará y analizará las propiedades psicométricas de las versiones al español de la escala de derrota y la escala de atrapamiento (DS y ES; Gilbert y Allan, 1998) en una muestra de adultos jóvenes. Y, por último, el **estudio 3**, denominado “*Escala de dolor psicológico: adaptación de la Psychache Scale al español en jóvenes adultos*”, adaptará y analizará las propiedades psicométricas de la escala de dolor psicológico en la misma muestra.

El segundo objetivo de la tesis es **analizar la relación entre las variables claves implicadas en el desarrollo de la ideación suicida propuestas por las teorías de la ideación a la acción y su relación directa/indirecta con la gravedad de la ideación suicida**. Para ello, se realizó el **estudio 4** denominado “*Ideation-to-action framework variables involved in the development of suicidal ideation: a network analysis*”. Este estudio surge de la pretensión de ir más allá de los estudios epidemiológicos tradicionales y atender a la compleja relación entre las variables que intervienen en el desarrollo de la ideación suicida (i.e., percepción de ser una carga, pertenencia frustrada, percepción de derrota, percepción de atrapamiento, dolor psicológico y desesperanza) y su relación con el

ítem 9 del BDI-II como indicador de la gravedad de la ideación, entendiendo mayor gravedad en términos de más deseo e intención.

Tradicionalmente, el enfoque metodológico se ha centrado en los modelos de regresión múltiple. No obstante, **más que una variable concreta causada linealmente por un conjunto de antecedentes o predictores, esta tesis comprende la ideación suicida como el resultado de la interacción y la activación conjunta de un cúmulo de variables, con especial atención a las variables psicológicas contempladas en las teorías de la ideación a la acción suicida.** Por esta razón, proponemos enfoques estadísticos más actualizados, como los modelos gráficos gaussianos (GGM; Costantini et al., 2015; Epskamp, Waldorp et al., 2018), los cuales permiten: 1) superar algunos de los inconvenientes inherentes a la utilización de la regresión múltiple en este contexto, y 2) ofrecer información adicional sobre las conexiones entre las variables (e.g., la relaciones entre predictores o la visualización de todas las relaciones en un solo gráfico).

La aplicación del GGM se engloba en el marco del análisis de redes psicológicas. Este tipo de análisis no solo representa un enfoque metodológico distinto, sino que también repercute en la forma de conceptualizar los problemas psicopatológicos como la ideación suicida (e.g., Borsboom y Cramer, 2013). El análisis de redes en la psicología surge como un enfoque alternativo capaz de ofrecer una nueva forma de conceptualizar los fenómenos psicológicos en contraposición al modelo hegemónico de causa latente común (Borsboom y Cramer, 2013; Fonseca-Pedrero, 2018), difícilmente aplicable a la psicopatología, puesto que conduce a un razonamiento tautológico y a la reificación (Fonseca-Pedrero, 2018). A diferencia de

las afecciones médicas, “las enfermedades mentales” no son identificables ni diagnosticables independientemente de sus síntomas (Borsboom y Cramer, 2013). Por esta razón, **el análisis de redes comprende la psicopatología como una estructura dinámica y específica de síntomas** (o cualquier tipo de elemento, propiedad, signo, rasgo, etc.) **que interrelacionan debido a su influencia mutua, sin necesidad de una causa común que explique la covariación de estos** (Borsboom, 2017; Borsboom y Cramer, 2013; McNally, 2016). Consecuentemente, **“la enfermedad mental” puede entenderse como un sistema o conjunto de propiedades conectadas** (Kendler et al., 2011) **donde los síntomas (u otros elementos) no son consecuencias o medidas de un rasgo latente subyacente, sino una parte causal o constitutiva de este sistema** (Borsboom, 2008).

Bajo la aproximación del análisis de redes, la etiología de “los trastornos mentales” se explica mediante un proceso de **propagación de síntomas** o nodos que van activándose uno a otros (Borsboom et al., 2011). Es decir, en primer lugar, por razones dependientes del contexto externo y/o interno de la persona, un evento externo de la red (e.g., un evento vital aversivo) es el estímulo que desencadena la activación del sistema, influyendo en la aparición de uno o más síntomas. Asimismo, una red con una fuerte conexión entre síntomas no tendría por qué desactivarse en ausencia del estímulo que la desencadenó, ya que esta podría mantenerse activa por la interrelación entre los elementos que la constituye (Borsboom, 2017). En este proceso de propagación, los síntomas que han aparecido repercuten en la probabilidad de que aparezcan otros estrechamente relacionados y se “sincronicen”. Por ello, en último lugar, los elementos que han ido acoplándose pueden organizarse

en bucles de retroalimentación y crear redes estables de los que resulta muy complejo salir, lo que analógicamente podríamos entender como “trastornos psiquiátricos” o “enfermedades mentales” (Borsboom, 2017; Fried et al., 2016).

En definitiva, **el análisis de redes ofrece un marco teórico alternativo y consistente sobre cómo abordar los fenómenos psicológicos, especialmente la psicopatología.** Además, este marco no solo influye en la forma en la que comprendemos estos, sino que también repercute en cómo analizamos la relación entre variables y permite un marco teórico y metodológico en el cual se puede integrar diferentes niveles de explicación (e.g., biológico, psicológico, sociológico), lo que puede establecer una mejora en la comprensión de los mecanismos etiológicos, formas más eficientes de prevención y tratamiento y un refinamiento de los modelos teóricos disponibles (Borsboom, 2017; Fonseca-Pedrero, 2018; Fonseca-Pedrero y Pérez-de-Albéniz, 2020).

El **estudio 4** incorporará este enfoque y las ventajas del GGM para visualizar y cuantificar la asociación entre las variables implicadas en el desarrollo de la ideación suicida (i.e., percepción de ser una carga, pertenencia frustrada, percepción de derrota, percepción de atrapamiento, dolor psicológico y desesperanza), así como las relaciones directas e indirectas con un indicador de gravedad del deseo suicida. La principal propuesta de este estudio es que **la ideación suicida puede ser entendida como una red o sistema interactivo compuesto por la interrelación de las variables implicadas en el desarrollo de la ideación.** Asimismo, en contraposición a un gran número de estudios que seleccionan las variables que conforman una red con arreglo a la disponibilidad de datos que no estaban diseñados para tal fin (De Beurs et al., 2019; Guloksuz et al., 2017), este

estudio fundamenta la inserción de cada uno de sus elementos en teorías vigentes y de gran calado en el campo de la suicidología (i.e., IPTS, IMV, 3ST). Además, esperamos que esta perspectiva nos brinde una **visión más holística y coherente** con lo que entendemos por **ideación suicida**, así como la obtención de información respecto a qué teoría es más influyente en la red, **qué variables son las más importantes en términos de centralidad** (variables más centrales o interconectadas con el resto de los nodos de la red; Fried et al., 2016; Opsahl et al., 2010) y evoque una reflexión sobre la **asociación entre los elementos de la red**.

Con el fin de clarificar y profundizar en el mecanismo por el cual se asocian las variables implicadas en el desarrollo de la ideación, así como su relación con la gravedad de la ideación suicida, se plantearon tres estudios más. Estos estudios toman como base el contexto teórico del IMV, ya que da cabida al resto de variables de otros modelos (e.g., percepción de ser una carga y pertenencia frustrada), otorgándoles un rol moderador en el tránsito de la derrota-atrapamiento y del atrapamiento-ideación suicida. Del mismo modo, la interacción entre variables tiene un papel fundamental en el modelo del IMV, lo que resulta coherente con el enfoque de redes psicológicas.

El **estudio 5**, denominado *“Frustrated interpersonal needs as a motivational moderator in the integrated motivational volitional model”*, tiene como objetivo **analizar el rol moderador de la percepción de ser una carga y la pertenencia frustrada en la relación entre el atrapamiento y el grado de deseo suicida en una muestra de jóvenes adultos**. La fase motivacional del IMV especifica la forma en la que se desarrolla la ideación suicida (O’Connor, 2011). Las dos variables más relevantes en esta fase son la derrota y el atrapamiento

(O'Connor, 2011). Sin embargo, el paso de la derrota al atrapamiento y del atrapamiento a la ideación suicida no son inevitables, sino que están gobernadas por un conjunto de variables que cumplen un rol moderador, es decir, la fuerza de la relación derrota-atrapamiento y atrapamiento-ideación/intención suicida está supeditada a la influencia de estas variables moderadoras (O'Connor y Kirtley, 2018). Según un supuesto teórico del IMV, **la percepción de ser una carga y la pertenencia frustrada son moderadores motivacionales que regulan la relación atrapamiento-ideación suicida** (O'Connor y Kirtley, 2018). Forkmann y Teismann (2017) comprobaron este supuesto mediante la evaluación de forma aislada del efecto de interacción de cada una de estas variables con el atrapamiento y los resultados fueron incompatibles con esta hipótesis. No obstante, O'Connor y Kirtley (2018) apuntaron a dos posibles razones que comprometieron la corroboración de este supuesto teórico: a) el IMV no contempla un efecto de moderación de la percepción de ser una carga y la pertenencia frustrada de forma independiente, sino que el efecto de moderación lo ejerce la interacción entre ambas variables (percepción de ser una carga X pertenencia frustrada), y b) la medida de ideación suicida que se utilizó en el estudio de Forkmann y Teismann (2017) podría captar variabilidad indeseada, ya que recoge un amplio espectro de constructos relacionados con el suicidio. Por ello, el **estudio 5** comprobará la hipótesis de la triple interacción entre el atrapamiento, la percepción de ser una carga y la pertenencia frustrada para predecir la gravedad de la ideación suicida.

Los últimos dos estudios pretenden ampliar el IMV con la adición de dos variables que hipotetizamos como valiosas en el proceso en el cual se desarrolla la ideación suicida: el dolor psicológico y la evitación

experiencial. El **estudio 6**, titulado “*Entrapment and psychological pain as proximal variables of suicidal ideation: study of moderation*” tendrá similar propósito al **estudio 5**, pero en este caso **se explorará el potencial rol moderador del dolor psicológico.** Aunque el IMV no propone un rol determinado para el dolor psicológico, la literatura acentúa su importante contribución como predictor proximal de la ideación suicida (e.g., Ducasse et al., 2018; Troister y Holden, 2013). Por ello, hipotetizamos que, del mismo modo que la percepción de ser una carga y la pertenencia frustrada, **el dolor psicológico es un moderador motivacional que potencia la relación entre el atrapamiento y la ideación suicida.**

Por último, **el estudio 7**, titulado “*Experiential Avoidance in the Context of the Integrated Motivational–Volitional Model of Suicidal Behavior*”, **explorará el papel de la evitación experiencial en el IMV.** Según este modelo, la percepción de atrapamiento no es una consecuencia inevitable de la percepción de la derrota y la relación entre ambas variables está regulada por moderadores que refieren a la capacidad o la habilidad de resolver el distrés de la derrota (O’Connor y Kirtley, 2018). Sabemos que el intento de controlar o suprimir la experiencia interna aversiva (i.e., evitación experiencial) como estrategia de afrontamiento, paradójicamente, fomenta lo contrario, incrementando la frecuencia e intensidad (y disminuyendo la controlabilidad) de esas experiencias privadas indeseadas y, en definitiva, el distrés (Hayes et al., 2012; Wenzlaff y Wegner, 2000). Por consiguiente, creemos que hay razones para contemplar la evitación experiencial como una variable significativa en el desarrollo de la ideación suicida. Concretamente, en el contexto del IMV, el **estudio 7** hipotetiza que **la evitación experiencial, como estrategia para**

resolver el distrés de la derrota, podría socavar la capacidad del individuo para resolverla, potenciando así la relación entre la derrota y el atrapamiento, lo que en última instancia repercutiría en el incremento de la ideación suicida.

Tabla 3 Secuenciación de estudios por fases

<i>Fase 1: Adaptar al contexto español las medidas de las variables psicológicas implicadas en el desarrollo de la ideación suicida</i>			
Estudios	Muestras	Instrumentos	Análisis
Estudio 1. Adaptación y propiedades psicométricas de la versión española del cuestionario que mide la percepción de ser una carga y la pertenencia frustrada	359 pacientes con fibromialgia Grupo control conformado por 99 participantes extraídos de la población general MUESTRA 1	- Versión española del inventario de depresión de Beck, versión 2 - Versión española de la escala de riesgo suicida de Plutchik - Versión española del cuestionario de necesidades interpersonales	- Descriptivos - Análisis paralelo - Análisis factorial exploratorio - Análisis factorial confirmatorio - Coeficiente alfa de Cronbach y coeficiente de dos mitades de Spearman-Brown - Correlaciones bivariadas - Comparación de dos medidas para muestras independientes
Estudio 2. Adaptación y propiedades psicométricas de la versión española de las escalas que miden la percepción de derrota y atrapamiento	234 adultos jóvenes MUESTRA 2	- Versión española de la escala de derrota - Versión española de la escala de atrapamiento - Versión española de la escala de desesperanza de Beck - Versión española del inventario de depresión de Beck, versión 2 - Versión española del cuestionario de necesidades interpersonales	- Descriptivos - Análisis paralelo - Análisis factorial exploratorio - Análisis factorial confirmatorio - Coeficiente alfa de Cronbach, coeficiente de dos mitades de Spearman-Brown y coeficiente Omega - Correlaciones bivariadas
Estudio 3. Adaptación y propiedades psicométricas de la versión española de la escala que mide el dolor psicológico	234 adultos jóvenes MUESTRA 2	- Versión española de la escala de dolor psicológico - Versión española de la escala de riesgo suicida de Plutchik - Versión española del inventario de depresión de Beck, versión 2 - Versión española de la escala de desesperanza de Beck	- Descriptivos - Análisis paralelo - Análisis factorial exploratorio - Análisis factorial confirmatorio - Coeficiente alfa de Cronbach, coeficiente de dos mitades de Spearman-Brown y coeficiente Omega - Correlaciones bivariadas

Fase 2. *Conceptualizar la ideación suicida como una red psicológica constituida por las variables implicadas en su desarrollo*

Estudios	Muestras	Instrumentos	Análisis
Estudio 4. Análisis de redes de las variables psicológicas implicadas en el desarrollo de la ideación suicida	644 adultos jóvenes MUESTRA 3	- Versión española del cuestionario de necesidades interpersonales - Versión española de la escala de derrota - Versión española de la escala de atrapamiento - Versión española de la escala de dolor psicológico - Ítem 9 del inventario de depresión de Beck como indicador de gravedad (en términos de más deseo e intención) de la ideación suicida	- Descriptivos - Coeficiente alfa de Cronbach - Correlaciones bivariadas y parciales - Análisis de redes

Fase 3. *Comprobar el supuesto teórico del IMV que articula las variables del IPTS*

Estudios	Muestras	Instrumentos	Análisis
Estudio 5. Rol moderador de la percepción de ser una carga y la pertenencia frustrada en el IMV	644 adultos jóvenes MUESTRA 3	- Versión española de la escala de atrapamiento - Versión española del cuestionario de necesidades interpersonales - Ítem 9 del inventario de depresión de Beck - Medida de ideación suicida activa de elaboración propia tras modificar el ítem 9 del inventario de depresión de Beck	- Descriptivos - Coeficiente alfa de Cronbach - Correlaciones bivariadas - Regresión lineal múltiple

Fase 4. *Ampliar el contexto teórico del IMV para la inclusión del dolor psicológico y la evitación experiencial*

Estudios	Muestras	Instrumentos	Análisis
Estudio 6. Rol moderador del dolor psicológico en el IMV	620 adultos jóvenes MUESTRA 3	- Versión española de la escala de atrapamiento - Versión española de la escala de dolor psicológico - Indicador de ideación suicida activa de elaboración propia tras modificar el ítem 9 del inventario de depresión de Beck	- Descriptivos - Coeficiente alfa de Cronbach - Correlaciones bivariadas - Regresión lineal múltiple - ANOVA
Estudio 7. Rol moderador de la evitación experiencial en el IMV	644 adultos jóvenes MUESTRA 3	- Versión española de la escala de derrota - Versión española de la escala de atrapamiento - Versión española del cuestionario de aceptación y acción, versión 2 - Ítem 9 del inventario de depresión de Beck como indicador de gravedad de la ideación suicida - Versión española de la escala de riesgo suicida de Plutchik	- Descriptivos - Coeficiente alfa de Cronbach - Correlaciones bivariadas - Regresión lineal múltiple

Capítulo 4. Estudios empíricos

“Decidí que la vida racionalmente considerada parecía inútil y fútil, pero seguía siendo interesante de muchas maneras, incluyendo el estudio de la ciencia. ¿Por qué no llevarla a cabo, siguiendo el camino del hedonismo científico?”

ROBERT S. MULLIKEN
– **Life of a scientist**–

Estudio 1: Psychometric properties of the Spanish version of the 12-item Interpersonal Needs Questionnaire in fibromyalgia syndrome patients¹

Parte de este estudio 1 ha sido publicado en: Ordóñez-Carrasco, J. L., Salgueiro, M., Sayans-Jiménez, P., Blanc-Molina, A., García-Leiva, J. M., Calandre, E. P. y Rojas, A. J. (2018). Propiedades psicométricas de la versión en español del Cuestionario de Necesidades Interpersonales de 12 ítems en pacientes con síndrome de fibromialgia [Psychometric properties of the Spanish version of the 12-item Interpersonal Needs Questionnaire in fibromyalgia syndrome patients]. *Anales de Psicología / Annals of Psychology*, 34(2), 274-282. <https://doi.org/10.6018/analesps.34.2.293101>

Interpersonal Needs Questionnaire (INQ; Van Orden et al., 2009) was designed as an essential tool for measuring these constructs predictors of the desire to commit suicide according to the interpersonal suicide theory (Joiner, 2005). The INQ is a self-administered test consisting of two subscales: the perception of being a burden, and the sense of thwarted belongingness. The original version contained 25 items (Van Orden, 2009), and subsequently various shorter versions have been proposed (Bryan et al., 2013; Hill et al., 2015) being the 15-item and 12-item versions, respectively, the most used in clinical research. The INQ-12 (Van Orden et al., 2008) was proposed in order to gain precision and reduce multicollinearity between constructs, and it has proven to be a useful tool for predicting the SI in general population. Freedenthal et al. (2011) examined the psychometric properties of INQ-12, supporting the existence of the two factors raised by the interpersonal theory of suicide: the perception of being a burden and the sense of thwarted belongingness. Additionally, the authors obtained validity evidence related to other constructs through moderate correlations with instruments used to measure both risk as protective factors for suicidal behaviors.

Both the original and the shorter versions of INQ were proposed in English. A single study (Garza & Pettit, 2010) used a brief version of 9-item INQ in Spanish for measuring a single factor, the perception of being a burden. The authors reported adequate internal consistency ($\alpha = .79$), although smaller than the original version taken as reference (Van Orden et al., 2009), which probably was due to an improper semantic equivalence and the characteristics of the sample used. This point supports the need for a version of INQ in Spanish with adequate psychometric properties.

This study aims to analyze the psychometric properties of a Spanish adaptation of INQ-12 in a sample of fibromyalgia syndrome (FMS) patients, a disease condition characterized by chronic pain. The psychometric properties of Spanish version of INQ were tested applying an exploratory factorial analysis (EFA) to test the internal structure and performing a confirmatory factorial analysis (CFA) to confirm this structure. Afterwards, an estimation of reliability of both subscales that comprise the questionnaire was performed, and evidence of validity based on differential scores and based on the relationship with other variables of interest were obtained.

Taking in account the background described above, the hypotheses of the present study are: 1) the Spanish adaptation of the INQ will have an adequate internal structure in line with the theory on which it is based, 2) a good reliability will be obtained for the subscales that compose the INQ, 3) there will be statistically significant differences between the group of patients with fibromyalgia and a control group and 4) the relationship between the INQ subscales and the other variables (the 9th item of BDI-II, the total score of BDI-II, and the Plutchik Suicide Risk Scale) would be high and positive for all of them.

Method

Participants

Participants were 359 FMS patients recruited by incidental sampling through associations from various provinces of Spain, aged between 22 and 76 years ($M = 49.71$; $SD = 9.55$). As FMS predominantly affects women, the majority of participants

(95.8%) were women, and 4.2% of them were men. Inclusion criteria were to be of legal age, meet diagnostic criteria for FMS (Wolfe et al., 1990, 2010) and accept voluntary participation in the study. Exclusion criteria were to suffer a severe organic damage and/or mental disease included on Axis I of DMS-IV except for major depression because it is considered as a potential clinical manifestation of FMS itself. A control group was performed by accidental sampling for obtaining evidence of validity based on differential scores. Control group consisted of 99 healthy participants aged between 24 and 78 years ($M = 49.77$; $SD = 12.57$). Most of the sample (93.9%) were women, and 6.1% were men. Exclusion criteria were to suffer a severe organic damage and/or mental disease included on Axis I of DMS-IV.

Procedure

At the initial stage, the INQ was translated through a back-translation process following the guide proposed by Muñoz et al. (2013) and the International Testing Guidelines on Adapting a Test (ITC, 2010). A bilingual researcher and an official translator (verifying that the translated items maintained the original content) translated the INQ simultaneously. The concordance of each item in the two translations was discussed taking into account the equivalence of cultural aspects, grammatical and semantic concordance. Subsequently, a second researcher translated the Spanish version into English. This English version was then compared with the original scale to discuss discrepancies and finally establish a final version. This final version was submitted to a panel of experts (a rheumatologist, a pharmacologist, a psychologist and a methodologist) to evaluate the adjustment of each of the items to their corresponding domain.

After the translation of INQ was completed, an incidental sampling was initiated. We contacted fibromyalgia patient associations to request voluntary collaboration and provide the necessary information to participate (application procedure, collection of questionnaires and date and time for administration of questionnaires). On the day of administration, patients were informed about the purpose of the investigation and the mechanisms that guaranteed anonymity and confidentiality. The control group was formed through an accidental sampling, taking into account the age and sex of fibromyalgia patients. The same procedure was carried out as in the case of patients with fibromyalgia. All participants had access to an investigator in case of doubts related to the questionnaire.

All procedures performed in this study were in accordance with the ethical standards of the Research Ethics Committee of the University of Granada and with the 1964 Helsinki declaration and its later amendments or comparable ethical standards. Informed consent was obtained from all individual participants included in the study.

Instruments

The study protocol for all participants included an exploratory interview to collect the most relevant sociodemographic and clinical data, and application of the following questionnaires:

The Spanish version of Beck Depression Inventory II (BDI-II; Beck et al., 1996; Sanz et al., 2005) for assessing the presence and intensity of depressive symptoms. The BDI-II includes 21 multiple choice items ranging from 0 to 3, being the highest score 63 and established as a cutoff score of 18 to consider the potential

clinically relevant depression. The ninth item of the questionnaire allows evaluating the existence of SI. In our study, the scale shows a high internal consistency, with a Cronbach's alpha coefficient of .91 and with a Spearman-Brown split-half coefficient of .83.

The Spanish version of Plutchik Suicide Risk Scale (Plutchik et al, 1989; Rubio et al., 1998). This is a self-administered 15-item scale that assesses the potential risk of suicide measuring previous suicide attempts, the current intensity of SI, depressive symptoms, and other aspects related to suicidal behaviors. The scale's score ranges from 0 to 15, and scores equal or higher than 6 points are considered as indicators of suicide risk. In our study, the scale shows adequate internal consistency, with a Cronbach's alpha coefficient of .77 and with a Spearman-Brown split-half coefficient of .84.

The Spanish version of 12-item Interpersonal Needs Questionnaire (INQ-12; Van Orden et al., 2009). The INQ-12 evaluates the two key factors in SI: Feeling of being a burden to others, and the "thwarted belongingness" or the feeling of being disconnected regard to the others. Includes 12 items with a 7-point Likert scale from 1 (*not entirely true for me*) to 7 (*very true for me*).

Data Analysis

First, we calculated the descriptive statistics (mean, standard deviation, skewness, and kurtosis) of the items of the INQ. In order to test the multivariate normality hypothesis to later selecting the appropriate model in the factorial analysis, the Kolmogorov-Smirnov test was first applied, if the normality assumption

was fulfilled in all the indicators, we would perform the Mardia test for the verification of the multivariate normality.

Before performing EFA and CFA, the sample was randomly divided into two subsamples using the IBM SPSS v.22. An EFA was performed in order to test the internal structure of the INQ scores of subsample 1 ($n = 180$). We calculated the Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) index and the Bartlett's sphericity test as measures of the adequacy of the correlation matrix to the factor analysis. Principal axis method was employed because multivariate normal distribution of data could not be assumed. The number of extracted factors was two, according to the theoretical model. Moreover, a parallel analysis was carried out using the O'Connor macro (2000) in order to test the compatibility with a two-dimension hypothesis. A method of oblique rotation (Oblimin) was used because the theoretical model does not establish orthogonality between both factors. There were no missing data. Those items whose factorial loadings did not correspond to what was predicted by the theory or had loads lower or equal than .40 were eliminated.

The two-factorial solution previously obtained was validated using a CFA on the data coming from subsample 2 ($n = 179$). The robust maximum likelihood (MLR) estimation method was used. To evaluate the model fit, the Standardized Root Mean Square Residual (SRMR), the Comparative Fit Index (CFI), the Tucker-Lewis Index (TLI) and the Root Mean Square Error Approximation (RMSEA) were used. A cutoff value close to .08 for SRMR, a cutoff value close to .95 for CFI and the TLI, and a cutoff value close to .06 for RMSEA indicate a good fit (Hu & Bentler, 1999). When RMSEA is higher than or equal to .10 and TLI and CFI values are lower than .90 the model should be discarded (Brown, 2006). Latent factors metric was established by

fixing to 1.00 the factor loading of the first indicator of each dimension. There were no missing data. The correlation between factors was estimated freely. The reliability of the INQ using the Cronbach's alpha and Spearman-Brown split-half was tested in each subsample.

In addition, evidence of validity based on differential scores was obtained. For this, the mean scores of the INQ subscales of the fibromyalgia group and control group were compared through t-test. Finally, to obtain evidence of validity based on the relationship with other constructs, the correlations between the scores of the two subscales of the INQ with the results obtained in the ninth item of BDI-II, the total score of BDI-II, and the Plutchik Suicide Risk Scale were calculated.

All analyzes were performed using the statistical package SPSS version 22.0 and Mplus version 7.11 (Muthén & Muthén, 1998–2012).

Results

Descriptive statistics of the INQ

Table 1.1 shows the descriptive statistics of the INQ-12. Recoded scores can range from 1 to 7. The item 2b had the highest average score ($M = 4.32$; $SD = 2.18$), and the item 5a had the lowest ($M = 2.36$; $SD = 2.03$). The Kolmogorov-Smirnov test was statistically significant ($p < .001$) for all items and, consequently, the null hypothesis for a normal distribution of scores was rejected.

Table 1.1 Descriptive statistics of Spanish version of items of Interpersonal Need Questionnaire (INQ)

<i>Items</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>Skewness</i>	<i>Kurtosis</i>
1a Últimamente creo que la gente cercana a mí estaría mejor si yo desapareciera	2.88	2.14	0.72	0.93
2a Últimamente creo que la gente cercana a mí sería más feliz sin mi presencia	2.85	2.12	0.74	-0.90
3a Últimamente creo que le he fallado a la gente cercana a mí	3.59	2.31	0.20	-1.49
4a Últimamente siento que soy una carga para la gente cercana a mí	3.59	2.30	0.21	-1.50
5a Últimamente creo que la gente cercana a mí desearía librarse de mí	2.36	2.03	1.22	0.01
6a Últimamente creo que empeoro las cosas para la gente cercana a mí	3.48	2.23	0.32	-1.36
7a Últimamente pienso que contribuyo al bienestar de la gente cercana a mí	4.06	1.88	0.06	-0.98
1b Últimamente la gente se preocupa por mí	3.51	1.95	0.32	-1.10
2b Últimamente me siento desconectado de la gente	4.32	2.18	-0.27	1.34
3b Últimamente creo que hay gente a la que puedo recurrir en caso de necesidad	3.27	2.09	0.44	-1.20
4b Últimamente me siento cercano a otras personas	3.85	2.02	0.10	-1.30
5b Últimamente suelo tener, al menos una cada día, relación social satisfactoria con las personas	3.90	2.13	0.07	-1.36

Evidence of validity based on internal structure: EFA and CFA*Exploratory Factorial Analysis (EFA)*

An EFA was carried out on INQ answers of Subsample 1. A good sampling adequacy (KMO = .86) was obtained, and Bartlett's test of sphericity was 1347.59 ($p < .001$), allowing the implementation of the exploratory factor analysis. The parallel analysis identified two factors to be extracted (Figure 1.1). The two-factor solution (Table 1.2) accounted for 57.82% of the variance; the correlation between factors was .36.

Despite the existence of two factors, which could be called "perceived burdensomeness" (factor 1) and "thwarted belongingness" (factor 2), the internal structure of INQ-12 was compromised by the factor loadings of items 7a (which saturated in the two factors) with values lower or equal than .40, and 2b (.07), which

did not correspond to that predicted by the theoretical model. Consequently, the exploratory factor analysis was executed again without both items.

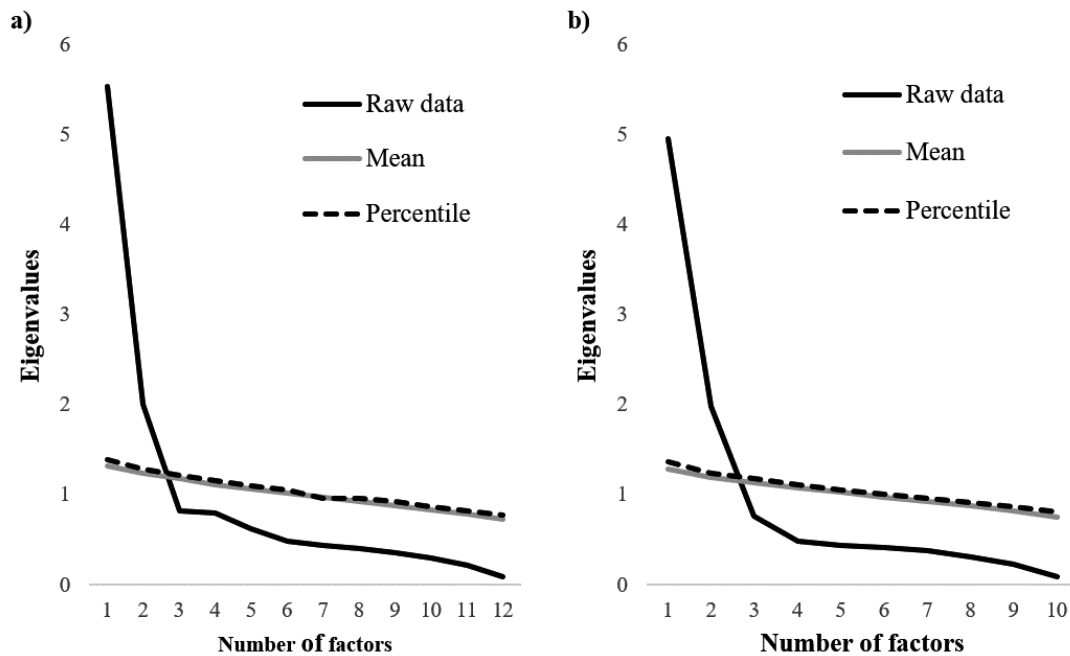
Table 1.2 Pattern matrix of the INQ-12 and INQ-10

Items	INQ-12		INQ-10	
	Factor 1	Factor 2	Factor 1	Factor 2
1a	.95	-.07	.95	-.04
2a	.93	-.06	.91	.03
3a	.76	.02	-.75	.05
4a	.91	-.05	.89	-.01
5a	.66	.13	.66	.17
6a	.76	-.09	.75	-.06
7a	.40	.23	-	-
1b	-.12	.60	-.11	.58
2b	.58	.07	-	-
3b	-.04	.86	-.04	.87
4b	.15	.70	.14	.71
5b	.24	.62	.24	.63
	44.5%	13.4%	47.2%	15.9%
Variance explained		57.82%		63.07%
Kaiser-Meyer-Olkin test		.864		.851
Bartlett's sphericity test		1347.59*		1204.42*

Note. Factor loadings > .3 are in boldface. * $p < .001$

For this 10-item version of the INQ, the Kolmogorov-Smirnov test was statistically significant ($p < .001$) for all items and, consequently, the null hypothesis for a normal distribution of scores was rejected. A good sampling adequacy (KMO = .85) was found, and Bartlett's test of sphericity was 1204.42 ($p < .001$), allowing factorizing the correlation matrix. The principal axis factoring method resulted in two factors (Table 1.2) that accounted for 63.07% of the variance. These results supported the theoretical structure of two factors: "perceived burdensomeness" (factor 1) and "thwarted belongingness" (factor 2), between which a correlation of .33 was found. The parallel analysis also identified two factors to be extracted, using this analysis as an extra criterion (Figure 1.1). Table 1.2 shows the pattern matrix.

Figure 1.1 Sediment Graphs of the Parallel Analyses: a) INQ-12, and b) INQ-10

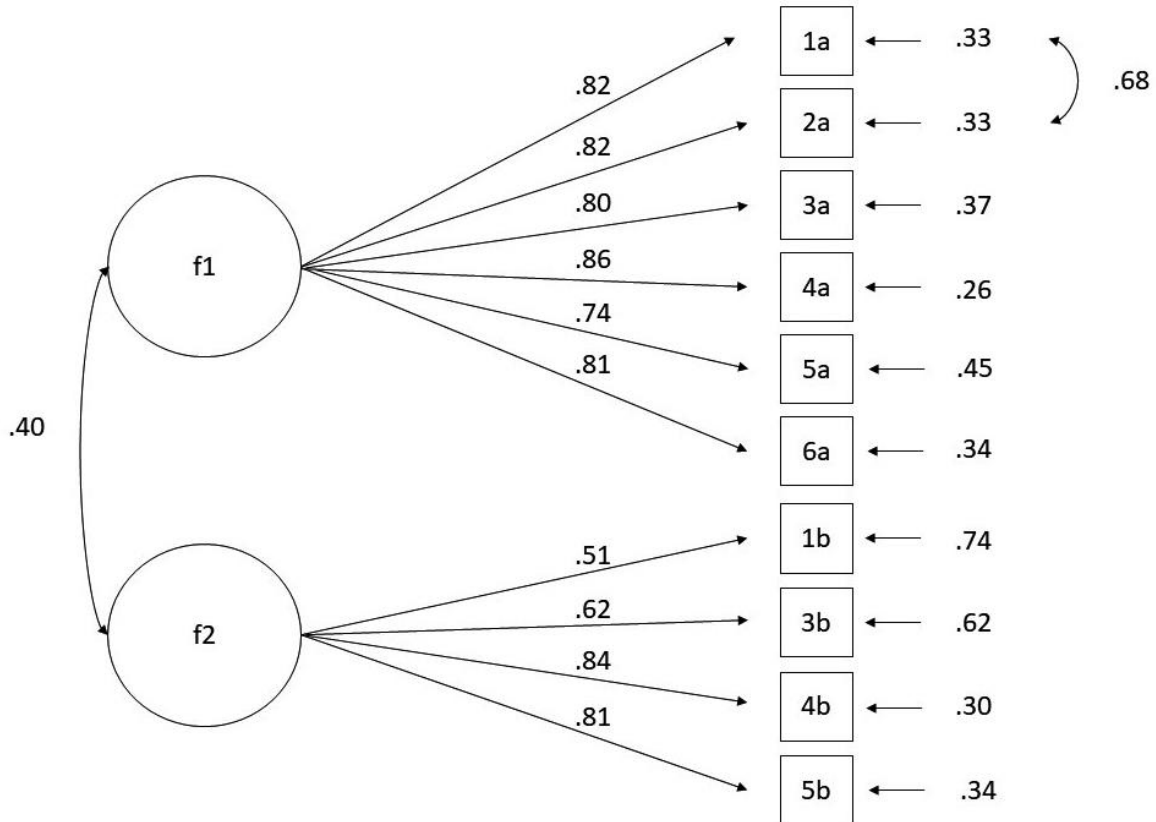


Confirmatory Factorial Analysis (CFA)

Once the EFA was conducted, a CFA was performed on subsample 2 INQ scores to confirm the internal structure of the INQ-10. The initial results showed bad RMSEA estimations (.131 [.109, .155]) and just acceptable CFI and SRMR estimations (.91 and .05 respectively). The source of this misfit was identified using the modification indices. Those indices informed about a potential significant correlation between the uniqueness of items 1a and 2a (Modification index = 75.83). A simple look to the content of both items allows recognizing that both contents are very similar. For this reason, the CFA was repeated but this time freeing the correlation between the uniqueness of items a1 and a2. This time, fit indicators showed good model fit: RMSEA = .073 (90% confidence interval: .046 - .100); SRMR = .046; CFI = .96; TLI = .95. Figure 1.2 shows the standardized factorial coefficients

of the model. The structure found mirrors the version proposed by Van Orden et al. (2010).

Figure 1.2 Results of Confirmatory Factor Analysis of the INQ-10. Standardized Solution



Estimation of reliability

For the INQ-10, the total score for the subscale “perceived burdensomeness” can range from 6 to 42 ($M = 18.75$; $SD = 11.18$), and the total score for the subscale “thwarted belongingness” can range from 4 to 28 ($M = 14.57$; $SD = 6.49$). For the total sample, and on the subscale “perceived burdensomeness”, the reliability estimated using the Cronbach’s alpha coefficient was .92 and using Spearman-

Ideación suicida: conceptualización y aspectos de la medida

Brown split-half was .92. Likewise, for the subscale “thwarted belongingness”, the reliability estimated using the Cronbach’s alpha coefficient was .80 and using the Spearman-Brown split-half coefficient was .84.

Evidence of validity based on differential scores

We obtained validity evidence contrasting the mean score of each subscale of INQ-10 between the FMS patients (Burdensomeness $M = 18.75$; $SD = 11.18$; Belongingness: $M = 14.57$; $SD = 6.49$) and the control group representing the general population (Burdensomeness: $M = 9.45$; $SD = 5.09$; Belongingness: $M = 10.24$; $SD = 5.86$). Statistically significant differences between groups were found for both subscales: perceived burdensomeness [$t(355.58) = 11.79$; $p < .001$ ($d = 1.07$)], and thwarted belongingness [$t(166.44) = 6.29$; $p < .001$ ($d = 0.70$)].

Evidence of validity based on the relationship with other variables

We obtained evidence of validity based on the relationship between the scores of both subscales of INQ-10, and three external variables related to SI: The ninth item of the BDI-II, the total score of BDI-II, and the Plutchik Suicide Risk Scale. All the associations found between variables were moderate, positive, and statistically significant (Table 1.3).

Table 1.3 Pearson's coefficients for correlations between scores of both subscales of INQ-10 and the external variables measured; the total score of Beck Depression Inventory-II (BDI-II), the ninth item of BDI-II, and the total score of Plutchik Suicide Risk Scale.

Factors	INQ-10 Thwarted belongingness	BDI-II (total)	BDI-II (9th item)	Plutchik (total)
INQ-10 Perceived burdensomeness	.35*	.75*	.53*	.67*
INQ-10 Thwarted belongingness	-	.41*	.30*	.43*
Mean		28.53 (range 0-63)	0.61 (range 0-3)	7.79 (range 0-15)
SD		11.87	0.70	3.23

* $p < .001$.

Discussion

According to the interpersonal theory of suicide (Joiner, 2005; Van Orden et al., 2010) two factors simultaneously contribute for the passage of the passive SI to active suicidal behavior: the feeling of being a burden and the thwarted belongingness, both surrounded by an aura of hopelessness based on the inkling of perpetuity of these feelings. The high prevalence of SI in chronic pain patients (Braden & Sullivan, 2008; Fishbain et al., 2009; Ratcliffe et al., 2008; Scott et al., 2010) suggests that these constructs may be playing an important role in precipitation or cause SI in these patients, which is a prerequisite to other and graver suicidal behavior (Silverman et al., 2007a, 2007b). In this scene, the early detection of SI is essential to redress the treatment of these patients and avoid fatal consequences.

The INQ (Van Orden et al., 2009) was proposed as the gold-standard tool for assessing the presence of SI, being of an urgent need the adaptation of a Spanish version for using in the clinical setting. This study aimed to analyze the internal

structure, the internal consistency, and to obtain validity evidence of a Spanish adaptation of INQ as a preliminary phase to obtain an instrument in Spanish that can capture the two key constructs related to SI: the perceived burdensomeness and the thwarted belongingness.

The results of this study are consistent with the interpersonal theory of suicide. The analysis of the internal structure of the INQ items allows identifying both constructs: the perceived burdensomeness and the thwarted belongingness. However, the analysis of the internal structure of the 12-item version (INQ-12) indicates inadequate factor loading of items 7a and 2b, which were incongruent with the theoretical model (Joiner, 2005) and empirical findings (Freedenthal et al., 2011; Van Orden et al., 2010). Despite this mismatch, the exploratory nature of the study allowed adopting a 10-item Spanish version of INQ, which had a simple factor structure and replicated the version proposed by Van Orden et al. (2010).

Moreover, in this version of 10-item, the reliability was adequate in both INQ subscales. In order to provide robustness to data, we obtained the validity evidence based on the INQ scores relationship with other constructs closely linked to SI, and we contrasted the mean scores obtained in INQ by FMS patients with those obtained by a control group representing the general population. Both factors of INQ correlated positively with each other, and with each of the variables proposed as was found by previous research (Anestis & Joiner, 2011; Freedenthal et al., 2011; Marty et al., 2012) and in line with the interpersonal theory of suicide (Joiner, 2005; Van Orden et al., 2010).

Few studies have focused on the association between FMS and suicidal behavior. Despite this, there is evidence that these patients suffer a higher prevalence

of SI (Calandre et al., 2015; Jimenez-Rodriguez et al., 2014; Triñanes et al., 2015) compared to other pathologies characterized by chronic pain. It is well established that chronic pain patients usually show high rates of SI (Tang & Crane, 2006), which are bigger than general population rates (Nock et al., 2008). This effect is also observed in our sample: FMS patients obtained significantly higher scores than the control group in both subscales of INQ.

Our study aimed to provide a tool to measure two constructs closely linked to SI. These constructs may be playing a key role in the development and progression of SI in fibromyalgia patients. The empirically supported aspects of ideation-to-action theories should be incorporated for intervention and prevention efforts. For example, Anestis et al. (2017) show a clear example of how these theories applied to intervention can save lives.

The limitation of this study is mainly focused on the sampling and selection of participants. For this reason, the generalization of the findings derived from this study should be cautiously taken.

However, the findings of this study support the adequate psychometric properties of the Spanish version of INQ-10. An easy-to-administer and brief tool is advantageous in the clinical setting. Additional processes are necessary to generalize these finding and providing validity in relation to other variables. Future research should compare the results with broader and heterogeneous samples. In addition, it would be necessary to determine the sensitivity and specificity of INQ-10 for the establishment of reference scales and diagnostic cut points.

Estudio 2: Adaptación al español de las escalas de derrota y atrapamiento en jóvenes adultos: propiedades psicométricas²

² Parte de este estudio 2 ha sido publicado en: Ordóñez-Carrasco, J. L., Cuadrado-Guirado, I. y Rojas, A. J. (2021). Adaptación al español de las escalas de derrota y atrapamiento en jóvenes adultos: propiedades psicométricas. *Terapia Psicológica*, 39(1), 17-37.

<https://teps.cl/index.php/teps/article/view/326>

Gilbert y Allan (1998) desarrollaron tres escalas para medir las experiencias subjetivas de derrota y atrapamiento. Una escala fue diseñada para captar la percepción de derrota, es decir, la sensación de fracaso, humillación o pérdida de rango social. Para el atrapamiento, Gilbert y Allan crearon dos escalas: una de atrapamiento como una percepción inducida por eventos externos (e.g., obligaciones, relaciones, situación laboral) y otra que concibe el atrapamiento inducido por eventos internos (e.g., pensamientos, sentimientos). A pesar de esta diferenciación, estudios posteriores mostraron que ambas podrían considerarse una medida unidimensional de atrapamiento (e.g., Taylor et al., 2009). En definitiva, estas escalas han mostrado una buena consistencia interna y adecuada validez convergente y de criterio (e.g., Gilbert y Allan, 1998; Panagioti et al., 2013; Taylor et al., 2011b). Hasta el 2011, estos instrumentos de medida fueron utilizados en el 62% de los estudios que midieron derrota y atrapamiento (Taylor et al., 2011a).

El presente estudio tiene como objetivo adaptar al contexto español y analizar las propiedades psicométricas (fiabilidad y validez) de las escalas de derrota y de atrapamiento de Gilbert y Allan (1998) en una muestra de jóvenes adultos españoles (18-35 años). La elección de esta franja de edad está justificada por los preocupantes datos de la Organización Mundial de la Salud, los cuales revelan que el suicidio es la segunda causa de muerte prematura en personas de 15 a 29 años (WHO, 2017). Asimismo, en España, el 6,9% de los adolescentes padecen ideación suicida (Fonseca-Pedrero et al., 2018). Comúnmente, las conductas suicidas emergen en la segunda década de vida, y los adolescentes que padecen ideación suicida tienen 12 veces más probabilidad de atentar contra su vida a la edad de 30 años (Cha et al.,

2018; Kessler et al., 1999; Reinherz et al., 2006). Del mismo modo, la ideación suicida y las tentativas de suicidio en adolescentes se asocian a una menor satisfacción con la vida y bienestar emocional (Fonseca-Pedrero et al., 2018).

En primer lugar, siguiendo las fases del proceso de adaptación de test de la *International Test Commission* (ITC, 2010), se evaluarán las fuentes de error comunes en el proceso de adaptación (i.e., contexto, construcción y adaptación, aplicación e interpretación de las puntuaciones), con la finalidad de obtener dos versiones en español equivalentes conceptual y lingüísticamente a las escalas originales. Asimismo, se analizarán las propiedades psicométricas de las adaptaciones resultantes. Concretamente, se realizará un estudio de evidencias de validez basadas en la estructura interna de las escalas a través del análisis factorial y se estimará la fiabilidad de las puntuaciones de ambas escalas. Además, se efectuará un estudio de evidencias de validez basadas en la relación con otras variables del IMV como son la frustración de las necesidades psicológicas interpersonales y la desesperanza (moderadores motivacionales en el modelo), la sintomatología depresiva (estrechamente relacionada con el comportamiento autolítico y la condición de percibirse derrotado/a y atrapado/a) y la ideación suicida. Basado en estudios previos, correlaciones moderadas-altas, positivas y estadísticamente significativas entre derrota, atrapamiento y el resto de las variables consideradas supondrán evidencias favorables de validez.

Método

Participantes

En este estudio participaron 234 personas residentes en España de edades comprendidas entre 18 y 35 años ($M = 25.69$, $DT = 3.51$). La muestra estuvo compuesta por 94 hombres, 137 mujeres (tres personas marcaron otro sexo). Del total de la muestra, el 65% tenían estudios universitarios y el 33% estudios secundarios.

La selección de la muestra se llevó a cabo mediante muestreo incidental. Los participantes, reclutados a través de redes sociales y otras plataformas web con usuarios residentes en España, accedieron voluntariamente a completar un cuestionario online. Los criterios de inclusión fueron tener entre 18-35 años y aceptar voluntariamente la participación en el estudio.

Procedimiento

El proceso de adaptación se llevó a cabo siguiendo las directrices de la *International Test Commission* (ITC, 2010) para la adaptación y la traducción de los test. Las indicaciones se focalizan en cuatro fases: el contexto, la construcción y la adaptación, la aplicación y la interpretación de las puntuaciones.

La primera fase, el contexto, conllevó un estudio respecto a si los constructos a medir (derrota y atrapamiento) son extrapolables a la cultura receptora de la adaptación. En Europa, la escala de derrota (Forkmann et al., 2017) y la de atrapamiento (Trachsel et al., 2010) han sido adaptadas al contexto alemán con buenos resultados. Igualmente, la escala de derrota tiene una adaptación al contexto turco (Akin et al., 2013) con buenas propiedades psicométricas. La semejanza

cultural de los países de Europa está en consonancia con la extrapolabilidad de los constructos a nuestra cultura. No obstante, el principal aval para extrapolar la derrota y el atrapamiento a la cultura española reside en que, originalmente, la definición operacional que sustenta el contenido de los ítems de ambas escalas comparte el mismo significado psicológico en nuestra cultura. En definitiva, se puede entender que ambos constructos son reproducibles en nuestro contexto preservando su significado psicológico original.

Para la fase de construcción y adaptación del instrumento de medida, un equipo interdisciplinar compuesto por una traductora oficial y dos psicólogos con amplia competencia lingüística en inglés (un experto en medición psicológica y un experto en conductas autolíticas) tradujo individualmente al español los ítems originales de ambas escalas para, posteriormente, cotejar las tres traducciones entre sí y compararla con los ítems originales. A continuación, se discutió la equivalencia conceptual y lingüística de las tres traducciones con el fin de atender a las discrepancias resultantes. Los ítems en español con mayor grado de consenso conformaron las versiones adaptadas de la escala de derrota y atrapamiento. Tras un pilotaje en población general, se comprobó que los participantes entendían adecuadamente los ítems (solo se hicieron pequeñas modificaciones lingüísticas para mejorar la comprensión de los ítems).

Finalmente, la interpretación de las puntuaciones de las escalas adaptadas al español es idéntica a la de las escalas originales. Y, al igual que las pruebas originales, ambas escalas están diseñadas para ser autoadministradas con el propósito de obtener dos instrumentos de medida de fácil administración en el contexto clínico.

En el presente estudio se administró un cuestionario online compuesto por sendas escalas (i.e., escala de derrota y escala de atrapamiento), las variables relacionadas y algunas preguntas sociodemográficas (edad, sexo, nivel educativo y estado civil). Todos los participantes fueron voluntarios y su participación fue anónima y confidencial. Asimismo, todos los participantes dieron su consentimiento informado. Este estudio fue aprobado por el Comité de Bioética en Investigación Humana de la Universidad de Almería (España).

Instrumentos

La derrota se midió a través de *la adaptación al español de la escala de derrota* (escala original de Gilbert y Allan, 1998). Escala autoadministrada de 16 ítems que evalúa la frecuencia con la que los participantes se han sentido derrotados en la última semana. Las opciones de respuesta son de tipo Likert de 5 puntos desde 0 (*nunca*) hasta 4 (*siempre*). Los ítems 2, 4 y 9 están invertidos y hacen referencia a percibirse como un/a ganador/a. La puntuación total de la escala de derrota oscila entre 0 y 64 puntos. A mayor puntuación, más percepción de estar derrotado. La escala original, entendida como unidimensional, mostró una buena consistencia interna en una muestra de estudiantes (alfa de Cronbach de .94) y en una muestra de personas con depresión (alfa de Cronbach de .93). Debido a que diferentes estudios han hallado que los ítems invertidos conforman un factor diferenciado del resto (Forkmann et al., 2018; Gilbert y Allan, 1998), en el presente trabajo se analizará la estructura de la escala atendiendo al posible efecto de método o *wording effect*.

Ideación suicida: conceptualización y aspectos de la medida

El atrapamiento se midió a través de *la adaptación al español de la escala de atrapamiento* (versión original de Gilbert y Allan, 1998). Escala autoadministrada de 16 ítems divididos originalmente en dos subescalas (6 ítems de atrapamiento interno y 10 ítems de atrapamiento externo). Los participantes deben indicar el grado en el que los ítems representan sus pensamientos y sentimientos. Las opciones de respuesta son de tipo Likert de 5 puntos, de 0 (*no del todo como yo*) a 4 (*extremadamente como yo*). La puntuación total de la escala de atrapamiento oscila entre 0 y 64 puntos. A mayor puntuación, más percepción de estar atrapado/a. Las subescalas originales mostraron una buena consistencia interna en una muestra de estudiantes (alfa de Cronbach de la escala de atrapamiento interno de .93 y externo de .88) y en una muestra de personas con depresión (alfa de Cronbach de la escala de atrapamiento interno de .86 y externo de .89). En el presente estudio, se analizará la dimensionalidad de la escala, para considerarla bidimensional como la original, o unidimensional tal y como sugieren hallazgos posteriores (e.g., Taylor et al., 2009).

La desesperanza se midió a través de *la versión española* (Aguilar et al., 1995) *de la escala de desesperanza de Beck* (Beck et al., 1974). Es una escala autoaplicada conformada por 20 ítems sobre las expectativas negativas de futuro, el bienestar y la habilidad para afrontar las dificultades en la vida. Los participantes, dependiendo de si el enunciado del ítem refleja su realidad o no, deben seleccionar verdadero (1) o falso (0). La puntuación total oscila entre 0 y 20 puntos. A mayor puntuación, más desesperanza. Esta escala ha mostrado buenas propiedades psicométricas con un alfa de Cronbach de .82 (Aguilar et al., 1995). En nuestro estudio, el coeficiente alfa de Cronbach es .87 y el coeficiente de dos mitades (Spearman-Brown) es .87.

Como indicador de ideación suicida se empleó el ítem 9 de la adaptación al español (Sanz et al., 2003) del inventario de depresión de Beck versión II (BDI-II; Beck et al., 1996). El ítem 9 evalúa la existencia de ideación suicida y sus opciones de respuesta hacen distinción entre la ausencia de ideación suicida (0 = *No tengo ningún pensamiento de matarme*), la ideación suicida pasiva (1 = *He tenido pensamiento de matarme, pero no lo haría*) y la ideación suicida activa (2 = *Querría matarme*, 3 = *Me mataría si tuviera oportunidad*).

La gravedad de la sintomatología depresiva se midió a través *la adaptación al español* (Sanz et al., 2003) *del inventario de depresión de Beck*, versión II (BDI-II; Beck et al., 1996). El BDI-II consta de 21 ítems de respuesta múltiple. Las opciones de respuesta oscilan entre 0 y 3 puntos y la puntuación total de la escala oscila entre 0 y 63 puntos. En nuestro estudio, el instrumento ha mostrado una consistencia interna alta (coeficiente alfa de Cronbach de .94) y un coeficiente de dos mitades (Spearman-Brown) de .95.

La frustración de las necesidades interpersonales se midió a través de *la adaptación al español* (Ordóñez-Carrasco et al., 2018) *del cuestionario de necesidades interpersonales* (INQ-10; Van Orden et al., 2012). Cuestionario conformado por dos escalas: la frustración de la necesidad de pertenencia (cuatro ítems) y la sensación de ser una carga para sí mismo/a o los demás (seis ítems). El formato de respuesta es tipo Likert de 7 puntos. Las opciones de respuesta oscilan entre 1 (*no es cierto para mí*) y 7 (*totalmente cierto para mí*) puntos. La puntuación total para la escala de pertenencia frustrada fluctúa entre 4 y 28 y para la escala de sensación de sentirse una carga entre 6 y 42. Ambas subescalas han mostrado una consistencia interna adecuada con un alfa de Cronbach de .92 para la sensación de

sentirse una carga y .80 para la pertenencia frustrada (Ordóñez-Carrasco et al., 2018). En nuestro estudio, las subescalas han mostrado un coeficiente alfa de Cronbach de .95 y .80, y un coeficiente de dos mitades (Spearman-Brown) de .96 y .82 para la subescala de carga y para la de pertenencia frustrada, respectivamente.

Análisis de datos

No hubo datos perdidos. Primero se calcularon los estadísticos descriptivos (media, desviación típica, asimetría y kurtosis) de los ítems de las escalas adaptadas de derrota y atrapamiento. La prueba de normalidad a través del test de Kolmogorov-Smirnov rechazó la hipótesis nula de normalidad univariante ($p < .001$) y, por tanto, se entiende que no existe normalidad multivariante.

Previo a los análisis factoriales, la muestra total ($N = 234$) se dividió aleatoriamente en dos. Para la realización del análisis factorial exploratorio (AFE) de cada escala se utilizó la submuestra 1 ($n = 117$). Se obtuvo el índice de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) y el test de esfericidad de Bartlett con el objetivo de medir la adecuación de la matriz de correlación para el análisis factorial. El método de factorización para sendas escalas fue ejes principales. El número de factores a extraer fue determinado por un análisis paralelo.

Con la submuestra 2 ($n = 117$) se realizó un análisis factorial confirmatorio (AFC). Se utilizó el método de estimación de mínimos cuadrados no ponderados debido al pequeño tamaño muestral, el incumplimiento del supuesto de normalidad multivariante y al tipo de formato de respuesta utilizado. Las medidas de ajuste reportadas según este método fueron: la raíz media cuadrática de los residuales (RMR), el índice de bondad de ajuste ajustado (AGFI) y el índice de ajuste normado

(NFI). Los índices de ajuste se interpretaron con los puntos de corte propuestos por Hu y Bentler (1999). Valores aproximados de los índices de ajuste de $>.90$ para AGFI, de $>.95$ para NFI y de $<.06/.08$ para RMR indican un buen ajuste del modelo.

Posteriormente, con los datos del total de la muestra, se obtuvo la fiabilidad de las puntuaciones de ambas escalas a través del coeficiente alfa de Cronbach, el procedimiento de dos mitades (Spearman-Brown) y el coeficiente Omega. Finalmente, con la muestra total, y con la finalidad de explorar las evidencias de validez basadas en la relación con otras variables, se llevó a cabo el análisis de las correlaciones entre la puntuación total de la escala de derrota y la escala de atrapamiento con el BDI-II, el ítem 9 del BDI-II, la escala de desesperanza de Beck y la frustración de las necesidades psicológicas interpersonales (INQ-10).

Los programas estadísticos utilizados en este trabajo han sido el software SPSS v.25 para la selección de las dos muestras aleatorias, los análisis descriptivos, las correlaciones bivariadas y el análisis factorial exploratorio. Asimismo, para el análisis factorial confirmatorio se utilizó AMOS v.22 y para el análisis paralelo y el coeficiente Omega se utilizó JASP versión 0.9.2.

Resultados

Estructura interna y fiabilidad

Con la submuestra 1, para la escala de derrota, los valores obtenidos en el test de Kaiser-Meyer-Olkin ($KMO = .928$) y la prueba de esfericidad de Bartlett ($\text{Chi-cuadrado} = 1476.81$; $gl = 120$; $p < .001$) fueron compatibles con la factorización de la matriz de correlaciones. El análisis paralelo apuntó una solución de dos factores

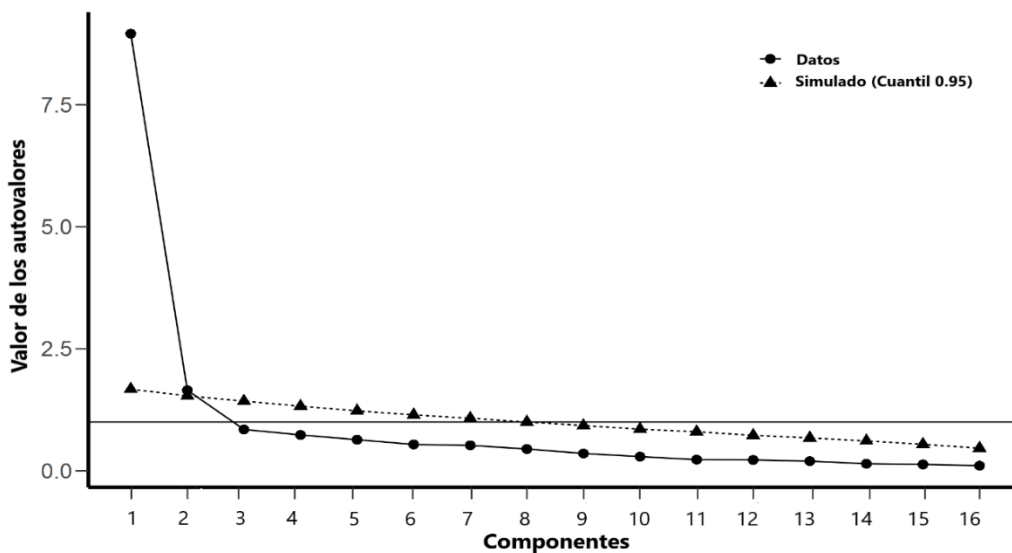
Ideación suicida: conceptualización y aspectos de la medida

(Figura 2.1), los cuales, en el AFE, explicaron el 61.39% de la varianza (factor 1 o percepción de derrota = 53,91%; factor 2 o percepción de ser un ganador = 7.48%). La solución bifactorial es acorde con un efecto de método conformado por los ítems invertidos que hacen alusión a ser un ganador. Esto se hace patente en las cargas factoriales de los ítems invertidos (ítem 2, 4, 9) en ambos factores (Tabla 2.1). Todos los ítems del factor 1 saturaron por encima de .40, a excepción del ítem 9 (factor 1 = .32; factor 2 = .45).

Con la submuestra 2, se utilizó un AFC para comprobar el modelo bifactorial con un factor de método conformado por los ítems invertidos (Figura 2.2), tal como relata la literatura (Forkmann et al., 2018; Gilbert y Allan, 1998). El modelo bifactorial (Holzinger y Swineford, 1937), ampliado a los ítems de respuesta discreta por Gibbons y Hedeker (1992), requiere que cada uno de los ítems carguen en una dimensión primaria o general (en este caso percepción de derrota) y en no más de una dimensión secundaria. Las dimensiones secundarias pueden ser factores metodológicos o dimensiones basadas en la similitud de contenido. En nuestro caso, los ítems referidos a la percepción de ser un ganador (como polo opuesto a la percepción de derrota) están invertidos, y son ítems candidatos a formar una dimensión secundaria. Estos modelos suponen que todas las interrelaciones entre los ítems se explican por su asociación con la dimensión primaria y con el subdominio específico al que pertenecen, así como que cada subdominio o dimensión secundaria es independiente (Gibbons, 2014). Los valores de las cargas factoriales estandarizadas de los ítems del factor general de derrota oscilaron entre .57 y .90, a excepción de los ítems invertidos, los cuales obtuvieron cargas factoriales que oscilaron entre .36 y .57 (Tabla 2.1). Asimismo, las cargas factoriales

estandarizadas de los ítems invertidos que conforman el factor “efecto de método” de la escala de derrota oscilaron entre .21 y .89 (Tabla 2.1). Los valores de los índices de ajuste obtenidos (AGFI = .989; NFI = .989 y RMR = .068) mostraron un buen ajuste para el modelo bifactorial, con un factor general de derrota y un factor de método conformado por los ítems invertidos. Este hallazgo es consistente con la consideración unifactorial de la medida de derrota para la obtención de una puntuación total compuesta por la suma de los 16 ítems.

Figura 2.1 Gráfico de sedimentación de los valores propios (análisis paralelo de la escala de derrota)

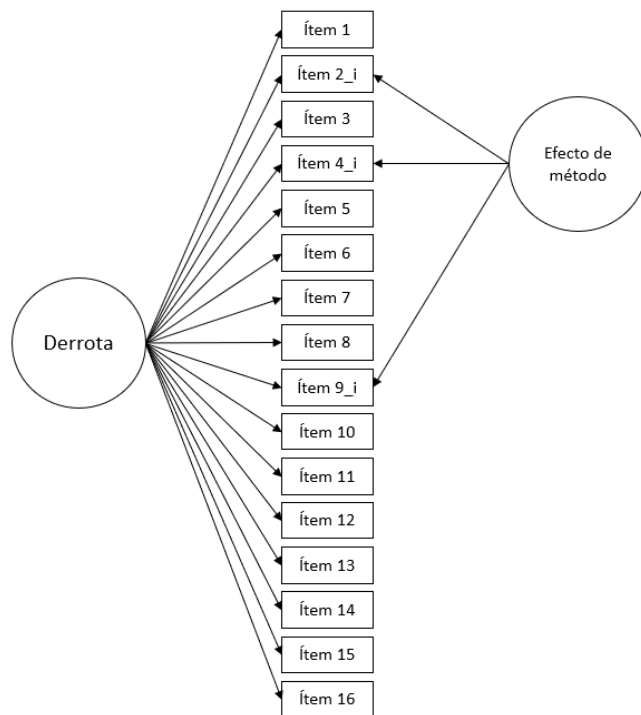


Para la escala de atrapamiento, con los datos de la submuestra 1, los valores del test de Kaiser-Meyer-Olkin ($KMO = .924$) y la prueba de esfericidad de Bartlett ($\text{Chi-cuadrado} = 1948,19$; $gl = 120$; $p < .001$) fueron compatibles con la factorización de la matriz de correlaciones. A pesar de la propuesta original de dos factores (atrapamiento interno y externo), el análisis paralelo indicó la extracción de un solo factor (Figura 2.3) y el AFE unifactorial explicó el 63.39% de la varianza; resultados

Ideación suicida: conceptualización y aspectos de la medida

en consonancia con los hallazgos de Taylor et al. (2009). Todos los ítems de la escala de atrapamiento saturaron por encima de .56 (Tabla 2.1). Con el fin de comprobar si todos los ítems saturaban en un único factor de atrapamiento, se llevó a cabo un AFC con los datos de la submuestra 2. Los valores de las cargas factoriales estandarizadas de los ítems de la escala de atrapamiento oscilaron entre ,61 y ,87 (Tabla 2.1). Los valores de los índices de ajuste obtenidos (AGFI = .990; NFI = .991 y RMR = .077) mostraron un buen ajuste para el modelo unifactorial, en consonancia con la solución mostrada por el AFE.

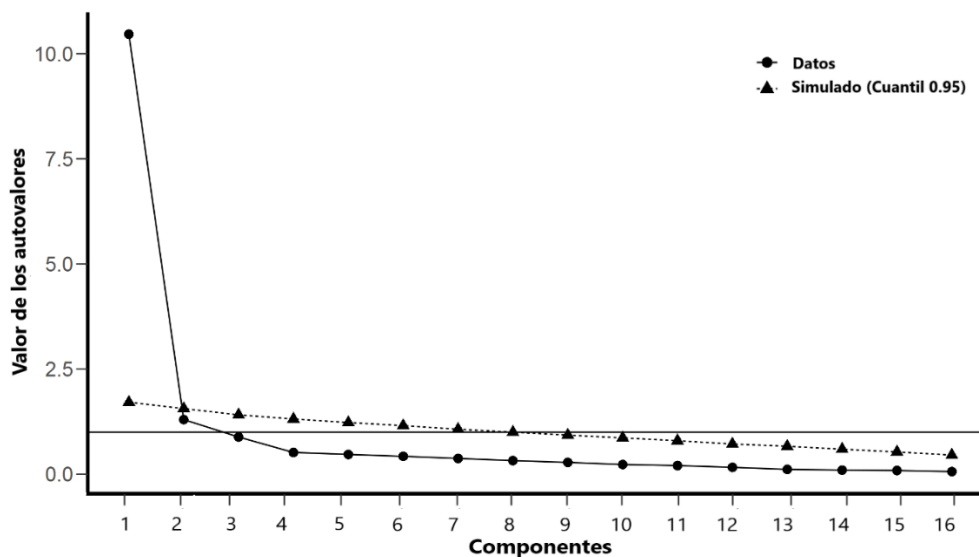
Figura 2.2 Modelo bifactorial de la escala de derrota (efecto de método)



Considerando ambas medidas como unidimensionales, para el total de la muestra, la estimación de la fiabilidad de las puntuaciones de la escala de derrota a través del coeficiente alfa de Cronbach fue de .94, de .93 mediante dos mitades

(Spearman-Brown) y de ,95 a través del coeficiente Omega. Para las puntuaciones de la escala de atrapamiento, el coeficiente alfa de Cronbach fue de .96, el de dos mitades .98 y el coeficiente Omega .97.

Figura 2.3 Gráfico de sedimentación de los valores propios (análisis paralelo de la escala de atrapamiento)



Estadísticos descriptivos

En la Tabla 2.2 se muestra los estadísticos descriptivos de ambas escalas para el total de la muestra. La puntuación total media de la escala de derrota fue 18.24 ($DT = 13.31$). El ítem 4 (*siento que soy un/a ganador/a nato/a*) obtuvo la mayor puntuación media ($M = 2.67$; $DT = 1.17$) en la escala de derrota. En cambio, la menor puntuación media ($M = 0.57$; $DT = 1.01$) fue obtenida por el ítem 11 (*me siento totalmente anulado/a*).

La puntuación total media de la escala de atrapamiento fue 14.40 ($DT = 15.08$). El ítem 12 (*me siento atrapado por mis obligaciones*) obtuvo la mayor

Ideación suicida: conceptualización y aspectos de la medida

puntuación media ($M = 1.35$; $DT = 1.24$). En contraposición, el ítem 9 (*mantengo un tipo de relaciones en mi vida de las que no puedo salir*) obtuvo la menor puntuación media ($M = 0.53$; $DT = 0.92$).

Tabla 2.1 Análisis factorial exploratorio (AFE) y solución estandarizada del análisis factorial confirmatorio (AFC) de las adaptaciones al español de las escalas de derrota y atrapamiento

Ítems		AFE		AFC	
		Factor 1	Factor 2	Factor 1	Factor de método
Escala de derrota					
1	Siento que no he aprovechado mi vida	.64	-.03	.73	-
2	Siento que soy una persona exitosa	.47	.59	.57	.89
3	Siento que la vida me ha vencido	.69	-.13	.88	-
4	Siento que soy un/a ganador/a nato/a	.41	.67	.36	.52
5	Siento que he perdido mi lugar en el mundo	.78	.05	.78	-
6	Siento que la vida me ha tratado muy mal	.58	-.12	.57	-
7	Me siento impotente	.71	-.07	.68	-
8	Siento que he perdido la confianza en mí mismo/a	.84	-.17	.82	-
9	Me siento capaz de afrontar cualquier cosa que se interponga en mi camino	.32	.45	.40	.21
10	Siento que he tocado fondo	.88	-.21	.81	-
11	Me siento totalmente anulado/a	.88	-.09	.90	-
12	Siento que soy un/a perdedor/a	.91	-.10	.85	-
13	Siento que me he rendido	.82	-.15	.88	-
14	Me siento hundido/a y perdido/a	.89	-.13	.89	-
15	Siento que he perdido batallas importantes en mi vida	.75	-.14	.71	-
16	Siento que no me quedan fuerzas para luchar	.85	-.08	.75	-
Varianza explicada =		53.91%	7.48%	AGFI = .989	
Kaiser-Meyer-Olkin =		.928		NFI = .989	
Esfericidad de Bartlett =		1476.81*		RMR = .068	
Ítems		AFE		AFC	
Escala de atrapamiento		Factor		Factor	
1	Quiero escapar de mí mismo/a	.86		.87	
2	Siento que soy incapaz de cambiarme a mí mismo/a	.79		.84	
3	Me gustaría huir de mis pensamientos y sentimientos	.80		.74	
4	Me siento atrapado/a en mí mismo/a	.86		.78	
5	Me gustaría huir de lo que soy y empezar de nuevo	.84		.83	
6	Siento que estoy en un pozo del que no puedo salir	.89		.84	
7	Me encuentro en una situación en la que me siento atrapado/a	.87		.84	
8	Deseo con todas mis fuerzas escapar de mi vida	.89		.87	
9	Mantengo un tipo de relaciones en mi vida de las que no puedo salir	.57		.67	
10	A menudo tengo la sensación de que me gustaría huir	.83		.87	
11	Me siento incapaz de cambiar las cosas	.84		.84	
12	Me siento atrapado/a por mis obligaciones	.56		.61	
13	No le veo salida a mi situación actual	.89		.85	
14	Me gustaría alejarme de la gente que más influye en mi vida	.63		.74	
15	Desearía escapar y mantenerme fuera de donde estoy ahora	.86		.86	
16	Me siento atrapado/a por otras personas	.62		.72	
Varianza explicada =		63.39%		AGFI = .990	
Kaiser-Meyer-Olkin =		.924		NFI = .991	
Esfericidad de Bartlett =		1948.19*		RMR = .077	

Tabla 2.2 Estadísticos descriptivos de los ítems de las adaptaciones al español de las escalas de derrota y atrapamiento

<i>Ítems</i>	<i>M</i>	<i>DT</i>	<i>Asimetría</i>	<i>Kurtosis</i>
Escala de derrota				
1 Siento que no he aprovechado mi vida	1.54	1.28	0.36	-0.87
2 Siento que soy una persona exitosa	2.14	1.12	0.14	-0.72
3 Siento que la vida me ha vencido	0.68	1.01	1.40	1.14
4 Siento que soy un/a ganador/a nato/a	2.67	1.17	-0.47	-0.79
5 Siento que he perdido mi lugar en el mundo	0.86	1.18	1.21	0.41
6 Siento que la vida me ha tratado muy mal	1.11	1.18	0.84	-0.17
7 Me siento impotente	1.26	1.11	0.48	-0.62
8 Siento que he perdido la confianza en mí mismo/a	1.19	1.28	0.85	-0.39
9 Me siento capaz de afrontar cualquier cosa que se interponga en mi camino	1.62	1.23	0.41	-0.77
10 Siento que he tocado fondo	0.65	1.04	1.59	1.67
11 Me siento totalmente anulado/a	0.57	1.01	1.87	2.85
12 Siento que soy un/a perdedor/a	0.70	1.13	1.66	1.79
13 Siento que me he rendido	0.63	1.03	1.73	2.36
14 Me siento hundido/a y perdido/a	0.80	1.15	1.45	1.18
15 Siento que he perdido batallas importantes en mi vida	1.22	1.27	0.76	-0.45
16 Siento que no me quedan fuerzas para luchar	0.62	0.94	1.52	1.78
Escala de atrapamiento				
1 Quiero escapar de mí mismo/a	0.78	1.17	1.44	1.07
2 Siento que soy incapaz de cambiarme a mí mismo/a	0.95	1.16	1.04	0.06
3 Me gustaría huir de mis pensamientos y sentimientos	1.33	1.29	0.59	-0.76
4 Me siento atrapado/a en mí mismo/a	0.79	1.20	1.36	0.69
5 Me gustaría huir de lo que soy y empezar de nuevo	1.12	1.34	0.98	-0.29
6 Siento que estoy en un pozo del que no puedo salir	0.59	1.07	1.89	2.66
7 Me encuentro en una situación en la que me siento atrapado/a	0.89	1.17	1.20	0.47
8 Deseo con todas mis fuerzas escapar de mi vida	0.70	1.19	1.70	1.77
9 Mantengo un tipo de relaciones en mi vida de las que no puedo salir	0.53	0.92	1.82	2.69
10 A menudo tengo la sensación de que me gustaría huir	1.11	1.24	0.86	-0.35
11 Me siento incapaz de cambiar las cosas	1.01	1.15	0.95	-0.08
12 Me siento atrapado/a por mis obligaciones	1.35	1.24	0.50	-0.75
13 No le veo salida mi situación actual	0.82	1.16	1.39	1.01
14 Me gustaría alejarme de la gente que más influye en mi vida	0.72	1.04	1.38	1.14
15 Desearía escapar y mantenerme fuera de donde estoy ahora	1.00	1.23	1.01	-0.09
16 Me siento atrapado/a por otras personas	0.71	1.08	1.46	1.21

Evidencias de validez basadas en la relación con otras variables

Con el total de la muestra, se analizaron las evidencias de validez basadas en la relación entre la puntuación total de la escala de derrota, la escala de atrapamiento y cinco variables de la red nomológica del modelo IMV y del comportamiento suicida: gravedad de la sintomatología depresiva (BDI-II), la desesperanza (escala de desesperanza de Beck), la frustración de la necesidad de pertenencia y la sensación de ser una carga (INQ-10) y la ideación suicida (ítem 9 del BDI-II). La depresión tuvo una relación fuerte, directa y positiva con la derrota y el atrapamiento (coeficientes de correlación de .85 y .84, respectivamente). La pertenencia frustrada se relacionó con la puntuación total de ambas escalas de forma directa y positiva, pero con menor magnitud, con coeficientes de correlación entre pertenencia frustrada y derrota de .30, y entre pertenencia frustrada y atrapamiento de .23. La correlación entre la escala de derrota y atrapamiento fue de .89. El resto de las correlaciones fueron positivas, moderadas-altas, estadísticamente significativas (Tabla 2.3) y acordes con la literatura, por lo que constituyen muestras de evidencias de validez favorables.

Tabla 2.3 Coeficientes de correlación de Pearson entre las puntuaciones totales de las adaptaciones al español de las escalas de derrota, atrapamiento y el resto de las variables

	Derrota	Atrapamiento	Ideación suicida	Depresión	Desesperanza	Sentirse una carga	Pertenencia frustrada
Derrota	-	.89*	.55*	.85*	.80*	.81*	.30*
Atrapamiento	-	-	.52*	.84*	.76*	.80*	.23*
Media	18.24 (rango 0-64)	14.40 (rango 0-64)	0.28 (rango 0-3)	12.34 (rango 0-53)	3.63 (rango 0-14)	11.46 (rango 6-42)	12.30 (rango 4-28)
Desviación típica	13.31	15.08	0.54	11.09	3.02	8.26	5.74

* $p < .001$

Discusión

El presente trabajo ha adaptado al contexto español los dos instrumentos de medida más utilizados para medir la percepción de derrota y atrapamiento. Siguiendo los pasos recomendados para la adaptación de test, se obtuvieron dos versiones consensuadas y equivalentes, conceptual y lingüísticamente, a las escalas originales. Las propiedades psicométricas de sendas escalas son consistentes con las versiones originales (Gilbert y Allan, 1998) y con las adaptaciones a otros contextos culturales (Akin et al., 2013; Forkmann et al., 2017; Trachsel et al., 2010).

La estructura interna de la escala de derrota, con una solución bifactorial, coincide con los hallazgos de la versión original (Gilbert y Allan, 1998), aunque es la primera vez que se realiza un modelo bifactorial para confirmar el efecto de método de los ítems invertidos. Forkmann et al. (2018), mediante un análisis de redes, mostró que los ítems de la escala de derrota se agrupaban en dos clústeres: ítems pertenecientes al primer factor (factor general de derrota) e ítems correspondientes con el segundo factor (sentirse un ganador). Tanto Gilbert y Allan (1998) como Forkmann et al. (2018) señalan que este resultado se debe a la influencia de la formulación positiva o negativa de los ítems en la interpretación y respuesta de los participantes. Nuestros datos muestran la existencia de un factor general de derrota y un factor complementario debido al efecto de método. Por lo que, en términos prácticos, podría considerarse una medida unidimensional.

En cuanto a la estructura interna de la escala de atrapamiento, el resultado ratifica la solución unifactorial. La escala original fue dividida en dos subescalas (atrapamiento interno o externo) debido al desconocimiento sobre si era importante el tipo de estresor o si, en cambio, predominaba una motivación de escape

generalizada (Gilbert y Allan, 1998). Sin embargo, un estudio posterior confirmó la estrecha relación entre ambas subescalas como hallazgo a favor de la conceptualización del atrapamiento como un constructo unidimensional (Taylor et al., 2009).

Respecto a las evidencias de validez basadas en la relación con otras variables, los resultados son coherentes con los hallazgos obtenidos en trabajos anteriores. Las relaciones positivas y estadísticamente significativas entre las necesidades interpersonales (percepción de ser una carga y pertenencia frustrada), la derrota y el atrapamiento están en consonancia con los resultados de Dhingra et al. (2016), Forkmann y Teismann (2017) y la asunción sobre el rol de las necesidades interpersonales como moderadores motivacionales facilitadores de la ideación suicida en el IMV (O'Connor, 2011; O'Connor y Kirtley, 2018). Igualmente, la relación alta, positiva y estadísticamente significativa entre derrota, atrapamiento y sintomatología depresiva corroboran los resultados de Carvalho et al. (2013) y Panagioti et al. (2017). Sloman (2000) propone que la sintomatología depresiva podría ser consecuencia de experimentar situaciones en las que el individuo se siente incapaz de escapar (atrapamiento) del estado de derrota. Dichas circunstancias están caracterizadas por una alta percepción de atrapamiento y son depresogénicas en cuanto a su capacidad para mantener o exacerbar el sentido inicial de derrota y, por consiguiente, la sintomatología depresiva. Por otra parte, las relaciones positivas, altas y estadísticamente significativas entre la derrota, el atrapamiento y la desesperanza son coherentes con los resultados de anteriores estudios (e.g., Panagioti et al., 2013). Según el IMV, la desesperanza juega un rol moderador basado en *el modelo de evaluación esquemática del suicidio* (Johnson et al., 2008). Este

modelo concibe la desesperanza como resultado de un sistema de evaluación negativo que interactúa y empeora las evaluaciones de derrota y atrapamiento. Por último, las relaciones positivas, altas y estadísticamente significativas entre la derrota, el atrapamiento y la ideación suicida son concordantes con hallazgos anteriores (O'Connor y Portzky, 2018; Siddaway et al., 2015; Taylor et al., 2011b) y con los supuestos centrales del IMV (O'Connor, 2011).

Durante los últimos 20 años existe un debate en la literatura sobre la validez factorial de ambas escalas motivado por la alta correlación entre ellas. Algunos autores han conceptualizado la derrota y el atrapamiento como constructos independientes (e.g., Gilbert y Allan, 1998; O'Connor, 2003, 2011). Otros autores defienden que ambos constructos son interdependientes (e.g., Rasmussen et al., 2010), ya que encuentran evidencias sobre el incremento de la derrota ante la situación de sentirse atrapado. Finalmente, otros autores (e.g., Taylor et al., 2009) sugieren que ambos constructos emergen como reacciones distintas antes los eventos aversivos, pero su concomitancia los hace tan interdependientes como para poder considerarlos un único factor indistinguible. Actualmente, el debate sigue vigente y genera contribuciones a través de técnicas novedosas, como el análisis de redes (Forkmann et al., 2018). Nuestros resultados son coherentes con las hipótesis sobre la interdependencia de ambos constructos. A pesar de ello, con el fin de aportar dos escalas que permitan comprobar los supuestos del IMV, el presente estudio ha analizado ambas escalas de forma independiente.

Nuestro trabajo no está exento de limitaciones. El muestreo incidental limita la generalización de los resultados. Además, dado el tamaño muestral empleado para los cuatro modelos de análisis factorial (exploratorios y confirmatorios), la

interpretación de los hallazgos obtenidos debe ser tomados con cautela, y se hace necesario ampliar la muestra para avalar la estabilidad de las soluciones obtenidas. Del mismo modo, debido a la naturaleza clínica de las variables y a la baja presencia de comportamiento suicida en población general, los datos presentaron cierta restricción de rango. No obstante, este estudio se centra en la adaptación cultural de las escalas de derrota y atrapamiento en jóvenes adultos españoles como estudio preliminar a la generalización del uso de estas escalas en otros contextos (e.g., clínico).

Futuros estudios deberían ampliar este trabajo con el fin de obtener evidencia empírica que avale el uso de las escalas de derrota y atrapamiento en poblaciones con mayor prevalencia de ideación y conductas suicidas (e.g., población clínica). Del mismo modo, un mayor tamaño muestral permitiría corroborar los hallazgos obtenidos, así como el análisis de la invarianza factorial por sexo y el comportamiento diferencial de los ítems, complementando así los resultados obtenidos en el presente trabajo.

Conclusiones y aportes del estudio

Ante la sospecha de riesgo suicida en adultos jóvenes, el uso de las adaptaciones al español de las escalas de derrota y atrapamiento podría contribuir en una mejora del cribaje, la evaluación del riesgo suicida y la intervención psicológica, orientando esta última a los elementos y mecanismos potenciales sugeridos en el modelo integrado motivacional-volitivo del suicidio (IMV). Asimismo, con relación al contexto académico, se podrían replicar los supuestos del modelo con población hispanoparlante y realizar contribuciones significativas en

Ideación suicida: conceptualización y aspectos de la medida

pos de clarificar los mecanismos del IMV, pudiendo repercutir en una mejora de la intervención y la prevención del suicidio en adultos jóvenes.

Estudio 3: Escala de dolor psicológico: adaptación de la Psychache Scale al español en jóvenes adultos³

³ Parte de este estudio 3 ha sido publicado en: Ordóñez-Carrasco, J. L., Cuadrado-Guirado, I. y Rojas, A. J. (en prensa). Escala de dolor psicológico: adaptación de la Psychache Scale al español en jóvenes adultos [Scale of psychological pain: Spanish adaptation of the Psychache Scale in young adults]. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*. <https://doi.org/10.1016/j.rpsm.2019.04.003>

Uno de los instrumentos más utilizados debido a su fácil administración y su capacidad para predecir el comportamiento autolítico es la *Psychache Scale* (Holden et al., 2001). Se trata de una escala unidimensional y autoadministrada basada en la definición de dolor psicológico de Shneidman (1993). La escala presenta buenas propiedades psicométricas (Holden et al., 2001; Mills et al., 2005; Pereira et al., 2010) y ha sido adaptada al contexto cultural de diferentes países de habla no inglesa (e.g., al portugués, Campos et al., 2019; al polaco, Chodkiewicz et al., 2017; o al chino, Yang y Chen, 2017). Esta escala diferencia exitosamente entre personas que han atentado contra su vida y aquellas que no (Holden et al., 2001), y predice la ideación suicida y los intentos de suicidio mejor que la depresión y la desesperanza (Troister y Holden, 2010, 2012).

Este estudio tiene como objetivos adaptar al contexto español y analizar las propiedades psicométricas (fiabilidad y evidencias de validez) de un instrumento para medir el dolor psicológico, *Psychache Scale* (Holden et al., 2001). Para ello, en primer lugar, se tendrán en cuenta las fases de la adaptación que más frecuentemente son fuente de error en este procedimiento (i.e., contexto, construcción y adaptación, aplicación e interpretación de las puntuaciones) a fin de obtener una versión preliminar consensuada y equivalente, conceptual y lingüísticamente, al instrumento de medida original. Asimismo, como parte del proceso de adaptación, se analizará las propiedades psicométricas de la escala resultante para obtener evidencias empíricas de su funcionamiento. Concretamente, se estudiará las evidencias de validez basadas en la estructura interna de la escala a través de análisis factorial exploratorio y confirmatorio, y se estimará la consistencia interna de la escala. Además, se obtendrá evidencias de validez basadas en la relación

con otras variables relevantes en la predicción de la conducta autolítica, como la depresión, la desesperanza y el riesgo suicida.

Se espera encontrar una buena fiabilidad de las puntuaciones del test y una estructura unifactorial de la escala acorde con hallazgos anteriores (Chodkiewicz et al., 2017; Holden et al., 2001). Igualmente, en consonancia con estudios previos (Berlim et al., 2003; Campos y Holden, 2015; Joiner et al., 2005; Troister y Holden, 2010, 2012), se esperan correlaciones altas y positivas entre el dolor psicológico, la depresión y la desesperanza. Por último, dado que el dolor psicológico es considerado el estímulo común del suicidio (Shneidman, 1985) y un elemento central en la conformación de la ideación suicida (Klonsky y May, 2015), se espera hallar una correlación alta y positiva entre el dolor psicológico, la ideación y el riesgo suicidas.

Material y métodos

Participantes

La selección de la muestra se llevó a cabo mediante muestreo incidental. Los criterios de inclusión fueron tener entre 18 y 35 años y aceptar voluntariamente participar en el estudio. Del total de la muestra que accedieron a participar en la presente investigación ($N = 289$), fueron eliminados 55 casos por no cumplir el criterio de inclusión relativo a la edad o por faltar datos relacionados con las variables del estudio. La muestra final estuvo compuesta por 137 mujeres, 94 hombres y tres personas que se definieron con otro sexo ($N = 234$); todas ellas

Ideación suicida: conceptualización y aspectos de la medida

residentes en España con una media de edad de 25.69 años ($DT = 3.51$). El resto de las características sociodemográficas y clínicas se pueden ver en la Tabla 3.1.

Tabla 3.1 Características sociodemográficas y clínicas de los participantes

	N (%)
Edad	$M = 25.69$ ($DT = 3.51$)
Sexo	
Mujer	137 (58.50%)
Hombre	94 (40.20%)
Otro	3 (1.30%)
Nivel educativo completado	
Estudios primarios	5 (2.10%)
Estudios secundarios	77 (32.90%)
Estudios universitarios	152 (65.00%)
Estado civil	
Soltera-o	193 (82.50%)
Casada-o/Pareja de hecho/Pareja estable	41 (17.60%)
Divorciada-o	0 (0%)
Viuda-o	0 (0%)
Actividad laboral	
Estudiante	97 (41.50%)
Ama-o de casa	3 (1.30%)
Parada-o	21 (9.00%)
Trabajadora-o	113 (48.30%)
Hijos	
No	226 (96.60%)
Sí	8 (3.40%)
Religión	
Católica	60 (25.60%)
Musulmana	4 (1.70%)
Agnóstica-o	46 (19.70%)
Atea-o	82 (35.00%)
Indiferente	39 (16.70%)
Ideación suicida	
Sin ideación suicida	176 (75.20%)
Ideación suicida pasiva	54 (23.10%)
Ideación suicida activa	4 (1.70%)
Diagnóstico de psicopatología	
Ansiedad	4 (1.71%)
Depresión	4 (1.71%)
Trastorno por déficit de atención con o sin hiperactividad	2 (0.85%)
Trastorno mixto ansioso-depresivo	2 (0.85%)
Insomnio	1 (0.43%)
Trastorno obsesivo compulsivo	1 (0.43%)

Procedimiento

El proceso de adaptación al contexto español de la escala de dolor psicológico se llevó a cabo siguiendo las directrices de la *International Tests Commission* (ITC, 2010) para la adaptación y la traducción de los test. Las indicaciones se focalizan en cuatro fases: el contexto, la construcción y la adaptación, la aplicación y la interpretación de las puntuaciones.

La primera fase, el contexto, conllevó una reflexión sobre si el constructo a medir (dolor psicológico) es extrapolable a la cultura receptora de la adaptación (Hambleton, 2001). El grupo de investigación discutió la equivalencia conceptual del constructo y la necesidad de puntualizar en el enunciado la distinción entre el dolor psicológico y el dolor físico. Se llegó a la conclusión de la aceptable extrapolabilidad del constructo dolor psicológico al contexto español, que se reforzó tras evaluar las diferentes adaptaciones del instrumento de medida original (Holden et al., 2001). Los buenos resultados obtenidos en contextos culturales dispares a Canadá (donde se desarrolló originalmente el instrumento), como China, Polonia o Portugal (Campos et al., 2019; Chodkiewicz et al., 2017; Yang y Chen, 2017), avalan la idoneidad de adaptar la escala al español, atendiendo especialmente a la adaptación llevada a cabo en Portugal (por la proximidad, semejanza cultural y similar tasa de suicidio respecto a nuestro país).

En la siguiente fase, construcción y adaptación del instrumento de medida, el objetivo fue traducir los ítems del inglés al español de manera independiente para, posteriormente, contrastar la equivalencia entre los ítems originales y los adaptados al español. Para ello se conformó un equipo interdisciplinar compuesto por una traductora oficial y dos psicólogos bilingües (un experto en psicometría y un experto

en conductas autolíticas). A continuación, un grupo de expertos discutió la equivalencia conceptual y lingüística de las tres traducciones con el fin de seleccionar los ítems que obtuvieran un mayor grado de acuerdo y atender a las discrepancias resultantes. Tras algunas modificaciones lingüísticas menores, se obtuvo una versión adaptada al español fruto del consenso de los expertos. Posteriormente, se realizó un estudio piloto vía online en población general con el objetivo de conocer el grado de comprensión de los ítems. Se confirmó que los participantes los entendían adecuadamente.

En relación con la administración de la prueba, la adaptación al español de *la Psychache Scale*, al igual que la original, está diseñada para ser autoadministrada. Por ello se consideró necesario incluir en el enunciado información sobre la distinción entre el dolor psicológico y el dolor físico, la idoneidad de un lugar confortable para la realización de la prueba y el tiempo estimado de realización. Finalmente, como en la versión original, la puntuación total de la escala oscila entre 13 y 65 puntos, obtenida a través de la suma de los valores numéricos a los que equivale cada opción de respuesta. A mayor puntuación, más insoportable es la percepción de dolor psicológico.

Para la realización del presente estudio se administró, a través de redes sociales y otras plataformas web, un cuestionario compuesto por la escala objeto de adaptación, las variables utilizadas para obtener evidencias de validez, y algunas preguntas sociodemográficas de interés (i.e., edad, sexo, nivel educativo y estado civil). Todos los participantes fueron informados sobre su condición voluntaria, el propósito de la investigación, los mecanismos que garantizan su anonimato y confidencialidad y se le ofreció un contacto de referencia en caso de dudas

relacionadas con el cuestionario. Todos los participantes firmaron un consentimiento informado previamente a la realización del cuestionario. Este estudio fue aprobado por el Comité de Bioética en Investigación Humana de la *Universidad de Almería*.

Instrumentos

Adaptación al español de la Psychache Scale (en adelante PS-E; escala original en inglés, Holden et al., 2001). Escala autoadministrada basada en la definición de dolor psicológico de Shneidman (Shneidman, 1985). Incluye 13 ítems con un formato de respuesta tipo Likert de 5 opciones de respuesta. Del ítem 1 al ítem 9 las opciones de respuesta van desde “*nunca*” hasta “*siempre*”, y del ítem 10 al ítem 13, las opciones de respuesta oscilan entre “*muy en desacuerdo*” y “*muy de acuerdo*”. A mayor puntuación, más intensa y frecuente (más insoportable) es la percepción de dolor psicológico.

El riesgo suicida se midió a través de la *adaptación al español* (Rubio et al., 1998) *de la escala de riesgo de suicidio de Plutchik* (Plutchik et al., 1989). Escala autoaplicada que consta de 15 ítems que evalúan los intentos de suicidio previos, la intensidad de la ideación actual, los sentimientos de depresión y desesperanza y otros aspectos relacionados con la tentativa. Su puntuación oscila entre 0 y 15 puntos. A mayor puntuación, mayor riesgo de suicidio. La versión española propone un punto de corte de 6, y mostró una fiabilidad estimada de .90 a través del coeficiente alfa de Cronbach y de .89 mediante el test-retest. En nuestro estudio, la escala muestra un coeficiente alfa de Cronbach de .80 y un coeficiente de dos mitades a través de la fórmula de Spearman-Brown de .83.

Ideación suicida: conceptualización y aspectos de la medida

La gravedad de la sintomatología depresiva se midió a través de *la adaptación al español* (Sanz et al., 2003) *del inventario de depresión de Beck, versión II* (BDI-II; Beck et al., 1996). El BDI-II incluye 21 ítems de respuesta múltiple. Las opciones de respuesta oscilan entre 0 y 3 puntos. La puntuación total máxima es de 63 puntos. El punto de corte a partir del cual se puede considerar una potencial depresión clínicamente relevante es 18 puntos. En nuestro estudio, el instrumento ha mostrado una consistencia interna alta, con un coeficiente alfa de Cronbach de .94 y un coeficiente de dos mitades a través de la fórmula de Spearman-Brown de .95.

La ideación suicida se medirá a través del *ítem 9 de la adaptación al español* (Sanz et al., 2003) *del inventario de depresión de Beck versión II* (Beck et al., 1996). El ítem 9 (0 = *No tengo ningún pensamiento de matarme*, 1 = *He tenido pensamiento de matarme, pero no lo haría*, 2 = *Querría matarme*, 3 = *Me mataría si tuviera oportunidad*) evalúa la existencia de ideación suicida, haciendo distinción entre pasiva (1) y activa (2 y 3).

La desesperanza se midió a través de *la versión española* (Aguilar et al., 1995) *de la escala de desesperanza de Beck* (Beck et al., 1974). Es una escala autoaplicada que contiene 20 ítems relacionados con las expectativas negativas que una persona tiene sobre su futuro, su bienestar y su habilidad para afrontar dificultades en su vida. El formato de respuesta es verdadero o falso, en función de si la expresión del ítem refleja o no la realidad del participante. La puntuación total oscila entre 0 y 20 puntos. Esta escala ha mostrado buenas propiedades psicométricas con un alfa de Cronbach de .82 y un punto de corte de 9 sobre 20 (Beck et al., 1974). En nuestro estudio, el coeficiente alfa de Cronbach es .87 y el coeficiente de dos mitades a través de la fórmula de Spearman-Brown es .87.

Análisis de datos

Previo al análisis de datos, se realizó un estudio de los casos atípicos a través del índice de anomalía (casos atípicos a partir de índices de anomalía con más de 2.5 desviaciones típicas) en las variables objeto del estudio. No se eliminó ningún caso por atípico.

Primero, se calcularon los estadísticos descriptivos (media, desviación típica, asimetría y kurtosis) de los ítems de la escala PS-E. Posteriormente, se comprobó la normalidad univariante a través del *test de Kolmogorov-Smirnov*. La prueba mostró un resultado estadísticamente significativo ($p < .001$), por lo que se rechazó la hipótesis nula de normalidad univariante y la de normalidad multivariante.

Antes de realizar los análisis factoriales, dividimos aleatoriamente el total de la muestra ($N = 234$) en dos submuestras. Para la realización del análisis factorial exploratorio (AFE) se utilizó la submuestra 1 ($n = 117$). Se obtuvo el índice de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) y el test de esfericidad de Bartlett con el objetivo de medir la adecuación de la matriz de correlación para el análisis factorial. El método de estimación seleccionado fue ejes principales debido a que no se puede asumir la normalidad multivariante. El número de factores a extraer fue determinado por un análisis paralelo con una solución unifactorial, acorde con el test original.

Esta solución de un factor fue analizada mediante análisis factorial confirmatorio (AFC) con los datos obtenidos en la submuestra 2 ($n = 117$). Se utilizó el método de estimación de mínimos cuadrados no ponderados debido al pequeño tamaño muestral, al incumplimiento del supuesto de normalidad multivariante y al tipo de formato de respuesta ordinal tipo Likert utilizado (Morata-Ramírez et al., 2015). Las medidas de ajuste reportadas según este método son: la raíz media

cuadrática de los residuales (RMR), el índice de bondad de ajuste ajustado (AGFI) y el índice de ajuste normado (NFI). Los índices de ajuste se interpretaron con los puntos de corte propuestos por Hu y Bentler (1999). Valores aproximados de $>.90$ para AGFI, de $>.95$ para NFI y de $<.05/.06$ para RMR indican un buen ajuste del modelo.

Posteriormente, con los datos del total de la muestra, se estimó la fiabilidad de las puntuaciones de la PS-E a través del coeficiente alfa de Cronbach, el procedimiento de dos mitades de Spearman-Brown y el coeficiente Omega. Por último, con la finalidad de explorar las evidencias de validez basadas en la relación con otras variables, se llevó a cabo en la muestra total el análisis de las correlaciones entre la puntuación total de PS-E y el BDI-II, el ítem 9 del BDI-II, la escala de riesgo de suicidio de Plutchik y la escala de desesperanza de Beck. La selección de las dos muestras aleatorias, los análisis descriptivos, correlaciones y análisis factorial exploratorio se realizó con el software SPSS versión 25. Se empleó el AMOS versión 22 para el análisis factorial confirmatorio y JASP versión 0.9.1 para el cálculo del coeficiente Omega y el análisis paralelo.

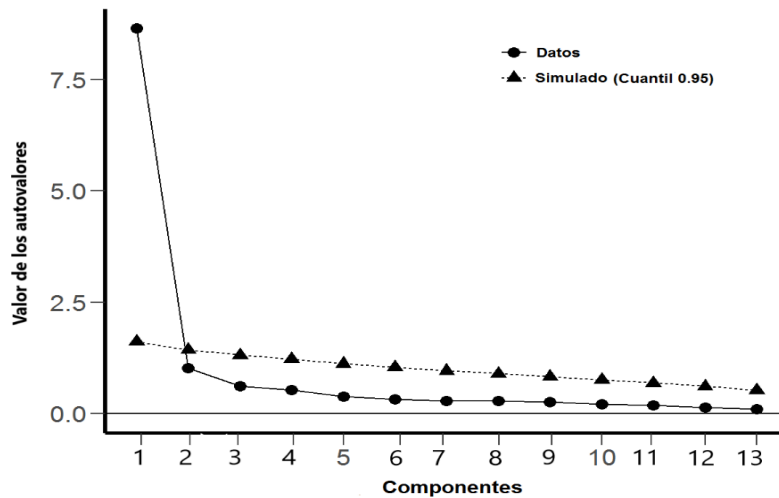
Resultados

Estadísticos descriptivos de PS-E

En la Tabla 3.2 se muestra los estadísticos descriptivos de la escala para el total de la muestra de participantes. El rango de las opciones de respuesta oscila de 1 a 5. El ítem 1 (*siento dolor psicológico*) obtuvo la mayor puntuación media ($M = 2.41$; $DT = 1.09$). La menor puntuación media fue obtenida por los ítems 10 (*no puedo soportar más mi dolor*; $M = 1.57$; $DT = 0.96$) y 11 (*a causa de mi dolor, mi*

situación es inaguantable; $M = 1.57$; $DT = 1.01$). La puntuación media total de PS-E fue 25.19 ($DT = 11.91$). El rango de las puntuaciones totales osciló entre 13 (mínimo) y 65 (máximo).

Figura 3.1 Gráfico de sedimentación de los valores propios (análisis paralelo)



Fiabilidad y evidencias de validez basadas en la estructura interna: análisis factorial exploratorio y confirmatorio

Se llevó a cabo un AFE con las respuestas de la submuestra 1 a los ítems de la escala PS-E. Los valores obtenidos en el test de Kaiser-Meyer-Olkin ($KMO = .941$) y la prueba de esfericidad de Bartlett ($Chi-cuadrado = 1369.36$; $gl = 78$; $p < .001$) fueron compatibles con la factorización de la matriz de correlaciones. El análisis paralelo fue concordante con la extracción de un único factor (Figura 3.1) y esta solución unifactorial explicó el 63.83% de la varianza. Todos los ítems de la escala PS-E saturaron en un factor único de dolor psicológico por encima de .68 (Tabla 3.2). Del mismo modo, con el fin de comprobar si todos los ítems saturaban en un factor de dolor psicológico general, se llevó a cabo un AFC con los datos de la submuestra 2. Los valores de las cargas factoriales estandarizadas de los ítems de la PS-E

Ideación suicida: conceptualización y aspectos de la medida

oscilaron entre .52 y .88 (Tabla 3.2), en consonancia con la solución mostrada por el AFE. Los valores de los índices de ajuste obtenidos (AGFI = .992, NFI = .993 y RMR = .059) mostraron un buen ajuste para el modelo de un factor.

Para el total de la muestra, la estimación de la fiabilidad de las puntuaciones de la escala PS-E a través del coeficiente alfa de Cronbach fue .96, estimación similar a la obtenida a través de la fórmula de Spearman-Brown bajo el procedimiento de dos mitades (.95), así como a la hallada mediante el coeficiente Omega (.96).

Evidencias de validez basadas en la relación con otras variables

Con el total de la muestra, se obtuvo evidencias de validez basadas en la relación entre la puntuación total de PS-E y cuatro variables externas ligadas estrechamente al comportamiento suicida: gravedad de la sintomatología depresiva (BDI-II), la desesperanza (escala de desesperanza de Beck), la ideación suicida (ítem 9 del BDI-II) y el riesgo suicida (escala de riesgo de suicidio de Plutchik). Todas las asociaciones encontradas fueron positivas, moderadas-altas, estadísticamente significativas (Tabla 3.3) y acordes con nuestra hipótesis.

Tabla 3.3 Coeficientes de correlación de Pearson entre las puntuaciones totales de la escala PS-E y el resto de las variables

	<i>Ideación Suicida</i>	<i>Depresión</i>	<i>Riesgo Suicida</i>	<i>Desesperanza</i>
<i>Dolor Psicológico</i>	.56*	.80*	.75*	.63*
Media	0.28 (rango 0-3)	12.34 (rango 0-63)	3.63 (rango 0-15)	5.12 (rango 0-20)
Desviación típica	0.54	11.10	3.02	4.38

* $p < .001$

Tabla 3.2 Estadísticos descriptivos, análisis factorial exploratorio (AFE) y solución estandarizada del análisis factorial confirmatorio (AFC) de los ítems de la escala PS-E

n	Ítems	M	DT	Asimetría	Kurtosis	AFE (N ₁ = 117)	AFC (N ₂ = 117)
1	Siento dolor psicológico	2.41	1.09	0.35	-0.60	.73	.80
2	Siento un dolor interno	2.12	1.06	0.63	-0.46	.78	.82
3	Mi dolor psicológico parece peor que cualquier otro dolor físico	2.29	1.29	0.66	-0.62	.79	.78
4	Mi dolor psicológico hace que me den ganas de gritar	1.95	1.16	1.04	0.10	.68	.67
5	Mi dolor hace que mi vida sea oscura	1.89	1.14	1.17	0.47	.86	.87
6	No entiendo por qué sufro	1.99	1.13	0.99	0.12	.69	.52
7	Psicológicamente, me siento fatal	2.03	1.15	1.10	0.13	.85	.88
8	Me duele porque me siento vacío/a	2.03	1.27	0.98	-0.25	.87	.79
9	Me duele el alma	1.84	1.15	1.26	0.63	.79	.82
10	No puedo soportar más mi dolor	1.57	0.96	1.82	2.81	.83	.86
11	A causa de mi dolor, mi situación es inaguantable	1.57	1.01	1.83	2.52	.81	.81
12	Mi dolor me está haciendo pedazos	1.64	1.06	1.68	1.93	.87	.87
13	Mi dolor psicológico afecta a todo lo que hago	1.87	1.20	1.18	0.16	.81	.85
Varianza explicada						63.83%	AGFI = .992
Kaiser-Meyer-Olkin						.941	NFI = .993
Esfericidad de Bartlett						1369.36*	RMR = .059

*p < .001

Discusión

El presente estudio ha adaptado al contexto español uno de los instrumentos de medida más destacado para medir dolor psicológico, *Psychache Scale* (Holden et al., 2001). Primero, orientados por la guía para la adaptación de test de la International Tests Commission (ITC, 2010), se obtuvo una versión consensuada y equivalente, conceptual y lingüísticamente, a la escala original. Se completó la adaptación a través del análisis de las propiedades psicométricas de la versión en español resultante. Los hallazgos son congruentes con la versión original y con los resultados obtenidos en las adaptaciones a otros contextos culturales (Campos et al., 2018; Chodkiewicz et al., 2017).

En cuanto a la estructura interna, los resultados del presente trabajo son acordes con la solución de un factor y están en consonancia con los obtenidos en la versión polaca (Chodkiewicz et al., 2017) y con la conceptualización de dolor psicológico en la que se basa la escala original (Holden et al., 2001; Shneidman, 1993). No obstante, diversos autores han hallado una solución de dos factores en la versión inglesa (Flamenbaum y Holden, 2008; Mills et al., 2005): un factor que incluye los primeros nueve ítems y un segundo factor con los cuatro ítems restantes. Ambos estudios coinciden en señalar que estos factores no tienen una interpretación basada en el contenido de los ítems, sino que son fruto de un artefacto provocado por el cambio del formato de respuesta de los cuatro últimos ítems. Por consiguiente, se recomienda el uso de la puntuación total obtenida a través de la suma de todos los ítems que conforman la escala. Además, en consonancia con hallazgos previos, las puntuaciones de la PS-E muestran una buena fiabilidad, similar a la versión original

de la escala (Holden et al., 2001), a la versión portuguesa (Campos et al., 2018) y a la versión polaca (Chodkiewicz et al., 2017).

Respecto a las evidencias de validez basadas en la relación con otras variables, y en línea con los resultados encontrados en estudios anteriores (Berlim et al., 2003; Campos y Holden, 2015; Joiner et al., 2005; Troister y Holden, 2010, 2012), el presente trabajo muestra correlaciones altas, positivas y estadísticamente significativas entre el dolor psicológico y la depresión y la desesperanza. Estos resultados están en consonancia con la hipótesis sobre la existencia de un factor general común de negatividad (Shahar et al., 2006), formado en este caso por el dolor psicológico, la desesperanza y la depresión. No obstante, con el fin de clarificar la relación entre estos constructos, Troister y Holden (2013) analizaron la diferenciación factorial entre una medida de dolor psicológico, depresión y desesperanza. Los autores concluyeron que, pese a existir cierto grado de superposición entre la operacionalización de los tres constructos, existe suficiente distinción factorial, así como una aportación única de cada constructo a la predicción del comportamiento suicida. Por otra parte, el dolor psicológico correlaciona moderada, positiva y significativamente con la ideación y el riesgo suicida. Estos hallazgos son coherentes con los resultados de los estudios que analizan la capacidad predictiva del dolor psicológico en relación con el comportamiento suicida y en comparación con la desesperanza y la depresión (Troister y Holden, 2012, 2013; Montemarano et al., 2018; Troister et al., 2015). Asimismo, estos resultados son acordes con las teorías que intentan explicar y predecir el comportamiento autolítico a través del dolor psicológico como elemento clave (e.g., *teoría de tres pasos*, Klonsky y May, 2015; *teoría del suicidio*, Shneidman, 1993).

El presente estudio cuenta entre sus limitaciones con un tamaño muestral relativamente pequeño. Además, el muestreo de conveniencia, el incumplimiento del criterio de inclusión relativo a la edad y los datos incompletos causaron la eliminación de casos que, como consecuencia, provocó una ligera sobrerrepresentación de mujeres participantes. Por consiguiente, los resultados de este estudio deben ser considerados con cautela respecto a su generalización a la población joven adulta de España. Asimismo, debido a la naturaleza clínica de estas variables y a la baja presencia de conducta suicida en población general, los datos presentaron cierta restricción de rango. A pesar de estas limitaciones, este estudio se centra en la adaptación cultural en población joven adulta como fase preliminar al uso de la escala en contexto clínico. Futuros estudios con diseño longitudinal que permitan analizar la contribución del dolor psicológico junto a otros factores relevantes y que evalúen el dolor psicológico en otras poblaciones (e.g., población clínica con alto riesgo suicida) aportarán evidencias sobre la generalización de los hallazgos y sobre la validez predictiva del dolor psicológico.

Conclusiones

En síntesis, la *Psychache Scale* (Holden et al., 2001) es uno de los instrumentos de medida de dolor psicológico más utilizados y fáciles de administrar. Disponer de un instrumento de medida de dolor psicológico adaptado al contexto español contribuye a mejorar la evaluación del riesgo suicida del paciente, así como la orientación de la terapia psicológica y la valoración de su eficacia. Asimismo, esta medida podría utilizarse para evaluar la sintomatología en ensayos clínicos con fármacos. Con frecuencia, los pacientes con depresión mencionan experimentar un

alivio sustancial de su dolor psicológico tras recibir tratamiento con antidepresivos (Fava et al., 2013). Por otro lado, la investigación tradicional sobre los factores de riesgo del comportamiento autolítico (e.g., enfermedad mental) ha mostrado una baja especificidad y escaso valor predictivo, por lo que es necesaria una evolución en la aproximación científica al fenómeno suicida (Barrigón y Baca-García, 2018; Large et al., 2017). El dolor psicológico es un elemento clave en modelos explicativos que cuentan con notable evidencia empírica en cuanto a su capacidad de predecir la conducta suicida (Klonsky y May, 2015; Shneidman, 1993). Por este motivo, la PS-E también proporciona la posibilidad de replicar estos modelos en población española general y clínica, así como realizar contribuciones científicas significativas que repercutan en la prevención e intervención en el comportamiento suicida.

Estudio 4: Ideation-to-action framework variables involved in the development of suicidal ideation: a network analysis⁴

⁴ Parte de este estudio 4 ha sido publicado en: Ordóñez-Carrasco, J. L., Sayans-Jiménez, P. y Rojas-Tejada, A. J. (2021). Ideation-to-action framework variables involved in the development of suicidal ideation: A network analysis. *Current Psychology*. Publicación online avanzada.

<https://doi.org/10.1007/s12144-021-01765-w>

It is necessary to move beyond the traditional epidemiological studies to attend to the complex relationships of the variables involved in the development of suicidal ideation (De Beurs et al., 2017). Traditionally, the methodological approach has focused on multiple regression models. These methods have been useful when dealing with a relatively high number of inter-related variables for which researchers want to determine their conditional associations with a set of criterion variables (e.g., personality disorders). Nevertheless, nowadays, more up-to-date statistical approaches exist, such as Gaussian graphical models (GGMs; Costantini et al., 2015; Epskamp et al., 2018), that could 1) overcome some of the inherent drawbacks associated with the use of multiple regression in this context and 2) offer additional information regarding the connections between the variables (e.g., the relationships between predictors, visualization of all the relationships in only one graph, internal structure studies, insights into predictive mediations, etc.).

The application of the GGM to the study of the relationships between psychological variables has enabled major advances to be made within the framework of the *psychological networks* applied to the study of different fields, such as psychological disorders (e.g., Fried et al., 2016), attitudes (e.g., Sayans-Jiménez et al., 2018), personality aspects (e.g., Costantini et al., 2015), and suicide (e.g., De Beurs et al., 2017, 2019). Specifically, this study aims to incorporate the advantages of the GGM to visualize and quantify the association between the key elements of the three theories of suicide associated with the occurrence of suicidal ideation (perceived burdensomeness and thwarted belongingness—IPTS; defeat and entrapment—IMV; and psychological pain and hopelessness—3ST) and their relationship (direct or indirect) with suicidal desire, after partialing out all the other

variables. Within the exploratory focus of this study, we expect that this analysis will provide information about which theory has greater influence on the network and which variables could be more relevant and will contrast the associations found and their potential explanation with the literature.

Table 4.1 Socio-demographic and clinical characteristics of participants

		N (%)
Sex	Woman	330 (51.8%)
	Man	305 (47.9%)
	Other	2 (0.3%)
Completed education level	No studies	21 (3.3%)
	Primary education	19 (3.0%)
	Secondary education	374 (58.7%)
	Higher education	223 (35.0%)
Marital status	Single	366 (57.5%)
	Married/Domestic partner/Stable partner	249 (39.2%)
	Divorced	20 (3.1%)
	Widowed	1 (0.2%)
Work activity	Employee	301 (47.2%)
	Student	274 (43.1%)
	Unemployed	46 (7.2%)
	Homemaker	15 (2.4%)
Religion	Catholic	258 (41.0%)
	Atheist	174 (27.6%)
	Indifferent	102 (16.2%)
	Agnostic	74 (11.7%)
	Muslim	11 (1.7%)
	Protestant	11 (1.7%)
Mental and behavioural disorders (ICD-10 code)	Anxiety Disorder (F41.9)	10 (1.5%)
	Major Depressive Disorder (F32.9)	5 (0.8%)
	Mixed Anxiety-Depressive Disorder (F41.2)	3 (0.5%)
	Borderline Personality Disorder (F60.3)	3 (0.5%)
	Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (F90.0)	2 (0.3%)
	Obsessive-Compulsive and Related Disorder (F42.9)	2 (0.3%)
	Feeding and Eating Disorder (F50.9)	1 (0.2%)
	Substance-Related and Addictive Disorder (F19.9)	1 (0.2%)

Method

Participants

The sample consisted of 644 residents of Spain recruited from the general population ($M_{\text{age}} = 25.91$, $SD_{\text{age}} = 5.14$; range: 18–35 years old; 51.2% female) who participated in an online survey. The sampling method was to use age quotas (33% were 18–23; 33% were 24–29; and 33% were 29–35 years old), gender (50%), and education (30% were university students), in accordance with the composition of the Spanish young adult population. The rest of the sociodemographic and clinical characteristics can be seen in Table 4.1.

Instrument

An online questionnaire was administered consisting of sociodemographic variables and the following scales.

The Interpersonal Needs Questionnaire (INQ; Van Orden et al., 2012). This is a self-administered questionnaire composed of two scales, one for perceived burdensomeness, containing six items (e.g., “lately I think people close to me would be better off if I disappeared”), and another for thwarted belongingness, with four items (e.g., “lately I feel close to other people”). The answer choices are given using a seven-point Likert-type scale from one (*not at all true for me*) to seven (*very true for me*). The higher the score on each scale, the higher the respondents’ perception that their interpersonal needs are not satisfied. In this study, we used the Spanish version of the INQ (Ordóñez-Carrasco et al., 2018). The scores of this version have shown good internal consistency in a sample of fibromyalgia patients ($\alpha = .92$ for perceived burdensomeness; $\alpha = .80$ for thwarted belongingness).

The Defeat Scale (DS; Gilbert & Allan, 1998). This is a self-administered scale consists of 16 items (e.g., “I feel that I have lost my standing in the world”). The

answer choices are given on a five-point Likert-type scale from zero (*never*) to four (*always*). The higher the score on the DS, the greater the perception of defeat. The score of the Spanish version of the DS (Ordóñez-Carrasco et al., 2021) has shown good internal consistency ($\alpha = .94$) in young adults.

The Entrapment Scale (ES; Gilbert & Allan, 1998). This is a self-administered scale composed of 16 items (e.g., “I often have the feeling that I would just like to run away”), with answers provided on a five-point scale from zero (*not at all like me*) to 4 (*extremely like me*). The higher the score on the ES, the greater perception of being trapped. The Spanish version of the ES (Ordóñez-Carrasco et al., 2021) has been shown to have good internal consistency ($\alpha = .94$) in young adults.

The Psyache Scale (PS; Holden et al., 2001). This is a self-administered scale containing 13 items (e.g., “my psychological pain seems worse than any other physical pain”). The answer choices are made using a five-point Likert-type scale. For items 1 to 9, the response options range from one (*never*) to five (*always*), and for items 10 to 13, the response options range from one (*strongly disagree*) to five (*strongly agree*). The higher the score, the more intense and frequent (the more unbearable) the perception of psychological pain. In a sample of young adults, the estimate of the reliability of the scores of the Spanish version of the PS was .96, obtained through Cronbach’s alpha (Ordóñez-Carrasco et al., en prensa).

The Beck Hopelessness Scale (BHS; Beck et al., 1974). This is composed of 20 dichotomous response items (0 = *false*, 1 = *true*). An example of an item on this scale is: “My future seems dark to me.” The higher the score, the greater the sense of hopelessness. The scores of the Spanish version of the Beck Hopelessness Scale

(Aguilar et al., 1995) showed a Cronbach's alpha of .82 in a sample of first-episode psychotic patients.

Suicidal Desire. Item 9 of the Spanish adaptation (Sanz & García-Vera, 2013) of the Beck Depression Inventory II (Beck et al., 1996) was used as an indicator. This item was dichotomized (0 = no suicidal desire; 1 = suicidal desire). This item has frequently been used in the literature and has an outstanding reputation based on its concurrent validity with the Beck Scale for Suicidal Ideation (Beck et al., 1997).

Procedure

The recruiters were psychology students and collaborators of our research team. The collaborators recruited participants from their contacts and social networks. They also briefly explained the conditions of the study and provided the participants with a link to the online questionnaire, respecting the pre-established quotas. An open-source web survey platform, LimeSurvey (<http://www.limesurvey.org/>), was used to conduct the online questionnaire. Neither the recruiters nor the participants received any economic incentive for their participation. All the participants were informed of the purpose of the research, the voluntary character of their participation, the mechanisms that would guarantee their anonymity, and the data protection law. All the participants gave their consent online. The study was approved by the Bioethics Committee in Human Research of the authors' university.

Results

All the analyses were performed using R version 3.5.3, in R-Studio 1.2.1335, with the following R-packages: *bootnet* version 1.2 (Epskamp et al., 2018), *mgm* version 1.2.5 (Haslbeck & Waldorp, 2016), and *psych* version 1.8.12 (Revelle, 2018).

The descriptive statistics and reliability estimations are presented in Table 4.2. In general, the means of all the variables are low, which is to be expected since it is not a clinical sample. Besides, the estimation of the reliability of the scores for each scale is good.

Table 4.2 Variable descriptive statistics, reliability estimations, explained variance, and strength centrality

Variables	n	mean	sd	min	max	sk	k	α	R ²	Str
Suicidal Desire	644	0.22	0.42	0.00	1.00	1.32	-0.25	-	.32 ¹	-0.37
Perceived Burdensomeness	644	10.93	7.39	6.00	41.00	1.83	2.72	.95	.65	0.07
Thwarted Belongingness	644	12.60	5.84	4.00	28.00	0.60	-0.24	.83	.07	-1.52
Defeat	644	17.44	12.52	0.00	63.00	1.20	1.28	.94	.81	1.56
Entrapment	644	11.83	13.67	0.00	64.00	1.52	1.86	.96	.81	0.51
Psychache	644	23.89	12.02	13.00	61.00	1.19	0.59	.96	.74	0.52
Hopelessness	644	4.43	3.95	0.00	20.00	1.51	2.00	.85	.53	- 0.78

Note.sk: skeweness; k: kurtosis; Str: strength centrality index

¹ normalized accuracy

The partial correlation network was estimated using the R-package *mgm* and the Extended Bayesian Information Criterium (EBIC, Chen & Chen, 2008) to choose the tuning parameter. To prevent biasing edge estimates toward zero due to shrinkage, the edges were refitted without LASSO regularization (Epskamp & Fried, 2018). The comparisons of the zero-order correlations and the partial correlations

(Table 4.3) are key information to determine which relationships between variables could take place through a third variable (e.g., suicidal desire with hopelessness, thwarted belongingness, or entrapment; psychological pain with hopelessness; thwarted belongingness with perceived burdensomeness or entrapment). The moderate partial (exclusive) correlations between some pairs of the network could indicate a high degree of co-occurrence of these variables (see the relationships of psychological pain with entrapment— $.42$ —or defeat with entrapment— $.36$).

Table 4.3 Zero order correlations (above the diagonal) and partial correlations (below the diagonal)

Variables	1	2	3	4	5	6	7
1. Suicidal Desire	-	.62	.45	.61	.16	.64	.60
2. Psychache	.25	-	.58	.70	.12	.81	.83
3. Hopelessness	0	0	-	.60	.21	.72	.66
4. Perceived Burdensomeness	.35	.05	.09	-	.18	.76	.76
5. Thwarted Belongingness	0	-.11	.05	0	-	.23	.20
6. Defeat	.16	.31	.35	.23	.14	-	.86
7. Entrapment	0	.42	.12	.23	0	.36	-

Regarding the predictability of each variable, the percentage of explained variance (effect size) of each continuous variable in the network (Haslbeck & Fried, 2017) was computed. For the categorical variable, suicidal desire, we computed the normalized accuracy that indicates, from zero to one, the extent to which this variable can be predicted by the rest of the nodes in the network (Haslbeck & Waldorp, 2020). The predictability of each node in Table 4.2 (pies surrounding each node in Figure 4.1) allowed us to determine that thwarted belongingness is the most separated variable ($R^2 = .07$), almost disconnected from the network. The high percentages of explained variance of the rest of the continuous variables (53–81%)

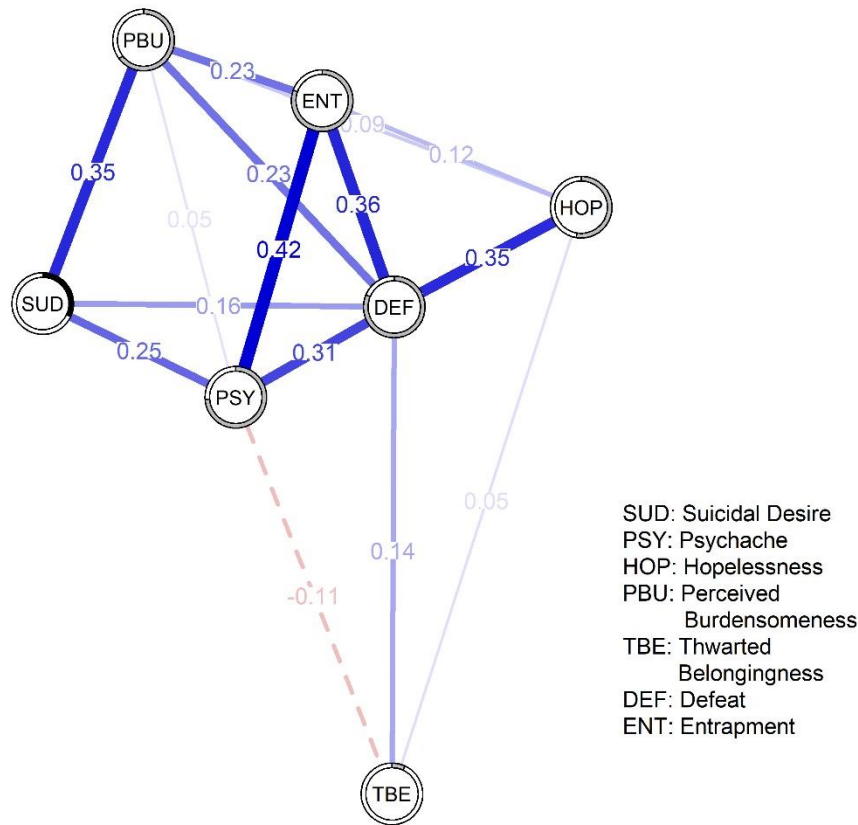
indicate that they conform to a highly interconnected dimensional space with a considerable capacity to predict the suicidal desire scores ($R^2 = .32$) of young adults. One way or another, these results indicate that all the variables, but thwarted belongingness, present a high degree of dependence that makes it inadvisable to treat them independently either when researching suicidal ideation or when treating or preventing it.

The strength centrality index (the sum of the absolute weight of all the edges of each node) was estimated for all the variables. The strength centrality index provides specific information regarding the impact of each node on the rest of the network. Defeat is the most central variable (its standardized strength index was 1.56), and it has the strongest influence in the network. Its variations are expected to be reciprocated by variations in the rest of the variables in the network. The next most central variables are psychological pain (0.52) and entrapment (0.51). The resulting network is displayed in Figure 4.1.

Despite the results highlighting the importance of all the employed variables but one to the prediction of suicidal desire (thwarted belongingness), suicidal desire is only connected (related) directly to perceived burdensomeness (.35), psychological pain (.25), and defeat (.16). Additionally, defeat is indirectly connected to suicidal desire through its influence on perceived burdensomeness (.23) and psychological pain (.31). On a second level, it can be appreciated that entrapment is indirectly connected to suicidal desire across the three previously mentioned variables (entrapment–defeat, .36; entrapment–perceived burdensomeness, .23; and entrapment–psychological pain, .42). Finally, in the group of highly connected

variables, hopelessness is connected to suicidal desire via its influence on defeat (.35). Altogether, these results suggest that perceived burdensomeness, psychological pain, defeat, entrapment, and hopelessness are imbricated and mutually dependent variables with a strong influence on the final expression of suicidal ideation.

Figure 4.1 Estimated network



Note. The final representation of the network is displayed using a modified version of the Fruchterman–Reingold algorithm (Fruchterman & Reingold, 1991) for weighted networks (Epskamp et al., 2012), which allows connected nodes to be plotted next to one another. Continuous edges represent positive correlations while dashed edges represent negative ones. The percentage of shared variance is shown by the grey pie surrounding each node, whereas the normalized accuracy (suicidal desire) is symbolized with a black pie.

Discussion

This study has explored the relationship between the factors that are essentially involved in the development of suicidal ideation of the three most prominent theories of suicide (i.e., the IPTS, the IMV model, and the 3ST) and their relationship (direct and indirect) with suicidal desire. The network analysis indicated that all the variables, except thwarted belongingness, formed a network model with strong connections, which suggests that the development of suicidal ideation could be understood as a set of variables that could act in a joint and potentially interactive manner. These results emphasize the need to evaluate these variables not only because of their impact on suicidal desire but also because of their strong interrelationship, a fact that has repercussions both for the investigation of suicidal ideation and for the treatment or prevention of suicidal ideation.

Concerning the IPTS variables, De Beurs et al. (2019) applied empirical networks to evaluate the relationship between the core elements of the IPTS and the IMV model and their relationship with suicidal ideation. In this study, perceived burdensomeness and entrapment were the variables with the strongest direct associations with suicidal ideation. Our results coincide in positioning perceived burdensomeness, along with psychological pain and defeat, as the variable with the largest direct relationship with suicidal desire. In line with our findings, the systematic review by Ma et al. (2016) found that the relationship between perceived burdensomeness and suicidal ideation was statistically significant in 82.6% of the studies reviewed with different samples (e.g., general population, clinical, students, etc.). Similarly, in a meta-analysis by Chu et al. (2017), examining IPTS research over

the past ten years, perceived burdensomeness was the variable that was most strongly related to suicidal ideation compared with thwarted belongingness. In our study, thwarted belongingness appears disconnected from suicidal ideation and most network variables. This finding is consistent with other studies evaluating the relationship between thwarted belongingness and suicidal ideation. Of the total number of studies reviewed by Ma et al. (2016), 60% of them found no statistically significant association between the two variables. In the cases in which thwarted belongingness was statistically significant, it seemed to contribute slightly to the percentage of explained variance in suicidal ideation (6%). Similarly, the effect size of thwarted belongingness was moderate compared with the effect size of perceived burdensomeness (a large median effect size).

Regarding the IMV variables, defeat is the most central variable in the network, followed by psychological pain and entrapment. Thus, it is expected that, besides its impact on suicidal ideation, variations in the perception of defeat will co-occur with variations in the rest of the variables related to suicidal ideation (Fried et al., 2017). This finding is consistent with the main assumptions of the IMV model, which hypothesizes that the key factors involved in the development of suicidal ideation are defeat and entrapment (O'Connor & Kirtley, 2018). However, according to the IMV model, defeat precedes entrapment and entrapment is the most proximate variable to suicidal ideation. In our study, as in the study by Tucker et al. (2016), entrapment did not have a direct relationship with suicidal desire (although defeat did), which could be explained by the simultaneous measurement of the two variables. As explained by O'Connor and Kirtley (2018), the temporal context seems indispensable for evaluating the transition from defeat to entrapment, so defeat is

expected to precede entrapment temporarily, and entrapment is the variable closest to suicidal ideation. Due to the cross-sectional design of this study, this sequence may not have been captured.

Similarly, the potential interdependence of the two variables (Forkmann et al., 2018; Taylor et al., 2009) and the absence of some motivational moderators could have distorted our results. In our case, entrapment had an indirect relationship with suicidal desire through the perceived burdensomeness and psychological pain. In the literature, the relationship between entrapment and perceived burdensomeness is positive, moderately strong, and statistically significant (e.g., Cramer et al., 2019). Similarly, according to the IMV model, the relationship between entrapment and suicidal ideation is contingent on a set of motivational moderators, which include perceived burdensomeness. Forkmann and Teismann (2017) found no empirical evidence for the moderating role of perceived burdensomeness. However, this assumption of the IMV model was supported in two subsequent studies with favorable results (Li et al., 2020; Ordóñez-Carrasco et al., 2020a). Bloch-Elkouby et al. (2020), examining the concomitance of factors involved in the suicide crisis syndrome (i.e., an intense affective state, indicative of an acute risk of imminent suicide) through empirical networks, found a strong connection between entrapment and psychological pain. The authors suggested that psychological pain can capture the characteristic emotional intensity of the deep and urgent feeling of escaping or avoiding a life situation that is perceived as unbearable, or impossible to overcome. Therefore, it is necessary to evaluate whether psychological pain is also a motivational moderator in the IMV.

A strong association was also found between defeat according to the theoretical assumption of the IMV model (O'Connor & Kirtley, 2018) as well as the empirical tests of the model's assumptions (e.g., Dhingra et al., 2016). Furthermore, in our network, defeat was directly related to suicidal desire, in line with other findings, such as those of Siddaway et al. (2015). In addition, as well as entrapment, defeat was related to perceived burdensomeness and psychological pain. Dhingra et al. (2016) had already found a strong correlation between defeat and perceived burdensomeness. Similarly, in the study by De Beurs et al. (2019), defeat was directly associated with suicidal ideation with a weak intensity similar to that of our network, and, as in our results, defeat was closely associated with entrapment and perceived burdensomeness.

As far as the 3ST variables are concerned, hopelessness showed a strong association with defeat, but it was not connected to other variables, as observed with the rest of the nodes in the network (with the exception of thwarted belongingness). The relationship between the two variables is similar to that found by Tarsafi et al. (2015). One possible explanation is that, according to Li et al. (2020), the loss of motivation subscale of the Beck Hopelessness Scale (Beck et al., 1974) shows a strong association with the Scale of Defeat since, consistent with *the diathesis–stress model* and *the cry of pain theory of suicide* (Schotte & Clum, 1987; Williams, 1997), they have the same foundations (i.e., failed social struggle or social comparison) as well as similar content in some items.

Psychological pain showed a strong and direct relationship with suicidal desire in line with the systematic review by Verrocchio et al. (2016), highlighting the important relationship of psychological pain with suicidal risk and, more specifically,

with suicidal ideation. Similarly, in a longitudinal design, changes in psychological pain have been significantly associated with changes in suicidal ideation after controlling for depression and hopelessness (Troister et al., 2013).

Suicidal ideation is the result of a complex convergence of factors of different natures influenced by time, so it seems unwise to think that some of the theories available to date can fully explain the repertoire of suicidal ideation and behavior (Gunn & Lester, 2015). However, as in the study by De Beurs et al. (2019), we found that at least one variable from each theory is directly associated with suicidal desire (i.e., perceived burdensomeness, defeat, and psychological pain) and, although all of the variables included in the network are psychological, the predictability of suicidal desire was remarkable. The analysis and understanding of the suicide spectrum, including suicidal ideation, must consider the dynamic interaction between the biological, the sociological, and the psychological factors involved as well as the particular biographies and circumstances of the individual who manifests it (Fonseca-Pedrero & Pérez-de Albéniz, 2020). However, as stated by O'Connor and Nock (2014), suicide seems to be the cause of death that is most directly influenced by psychological factors. Without losing sight of the fact that the psychological context, with its entity, is subordinate to the biological and the sociocultural context, it seems reasonable that psychological theories of suicide are the ideal theoretical context for understanding the suicide phenomenon, from the identification of the modifiable variables to be treated to the mechanisms by which the factors involved are concatenated.

Without obviating the exploratory purpose of the study, we believe that the integrated motivational–volitional model of suicidal behavior (IMV; O'Connor,

2011) may be a good theoretical background to advance the research, consistent with our findings and the network analysis approach. The reasons for this assertion are several: 1) a considerable number of studies have provided empirical evidence for the IMV model (e.g., Branley-Bell et al., 2019; Dhingra et al., 2016; Li et al., 2020; Lucht et al., 2020); 2) the model is intended to combine previous empirical evidence and proposes a (moderating) role for variables from other theories (e.g., perceived burdensomeness and thwarted belongingness); in addition, although there are variables in this study that are not assigned a role in the IMV model, for example psychological pain, there is already empirical evidence to support the role of psychological pain as a motivational moderator in the context of the IMV model (Ordóñez-Carrasco et al., 2020b); 3) its most relevant variables (i.e., defeat and entrapment) have been shown to be central to our network, so they are considered to be particularly relevant to network activation, propagation, and maintenance; and 4) the IMV model could be considered a “meta-framework” in that it draws on four theoretical perspectives (i.e., the diathesis–stress model, Schotte & Clum, 1982, 1987; the theory of planned behavior, Ajzen, 1991; the cry of pain, Williams, 1997; and the differential activation hypothesis, Teasdale & Dent, 1987; Williams et al., 2005).

Conceptualizing suicidal ideation as a network not only provides a new way of understanding suicidal ideation and analyzing the relationship between the variables involved in its development but also has implications for approaching it clinically. This study proposes that focusing on the variables involved in the development of suicidal ideation could have a positive impact on its prevention and intervention. Furthermore, we estimate that better identification, treatment, and prevention of

suicidal ideation through these variables could motivate a reduction in attempts and suicides (e.g., Zuromski et al., 2019) since, as the ideation-to-action framework shows, suicidal ideation is the first (and probably necessary, Jobes & Joiner, 2019) step toward suicidal behavior (Klonsky et al., 2018). According to Borsboom (2017), there are three ways to intervene (or foci of intervention) in a network, one of suicidal ideation in our case: a) intervening in specific nodes, emphasizing the most central nodes in the network (e.g., defeat); b) intervening in causes external to the network (e.g., external events or predisposing factors) that trigger the activation of nodes (e.g., incarceration, physical illness, self-esteem, or family conflicts in the case of perceived burdensomeness; Van Orden et al., 2010); and c) intervening in the network itself through psychological therapy (e.g., cognitive-behavioral) that provides the individual with coping or management skills to limit the association between nodes (symptom-symptom).

This study is not without limitations. The network analysis carried out was cross-sectional and did not allow research on the dynamic interactions and directionality between the variables. However, the purpose of this work was to explore the concomitance between the variables as a starting point for new research to analyze these relationships. In addition, probably because the sample was from the general population, the variables included in the network analysis showed relatively narrow dispersion. Due to the dimensional operationalization of the variables, future studies should combine clinical and community samples as well as multigroup approaches to provide additional evidence regarding the weaker connections between the variables. Likewise, it is necessary to highlight as a limitation the absence of variables that, either because of the moderating role that

they play in the analyzed variables (e.g., the ruminative process) or because of their direct relationship with suicidal desire (e.g., past suicidal ideation), could increase the percentage of explained variance. Nevertheless, in the present study, the percentage of explained variance of suicidal desire is not negligible, and therefore it seems that the variables included in the network are essential to explain the development of suicidal ideation in young adults. Finally, it is necessary to expand the knowledge about the conceptual or measurement overlap of all the variables included in this study (especially defeat–entrapment and defeat–hopelessness) through classical techniques such as factor analysis or through a network analysis that includes the items of all the measures as nodes to determine how they are clustered.

Estudio 5: Frustrated interpersonal needs as a motivational moderator in the integrated motivational-volitional model⁵

⁵ Parte de este estudio 5 ha sido publicado en: Ordóñez-Carrasco, J. L., Cuadrado-Guirado, I., & Rojas-Tejada, A. J. (2020a). Frustrated interpersonal needs as a motivational moderator in the integrated motivational-volitional model. *Death studies*. Publicación online avanzada. <https://doi.org/10.1080/07481187.2020.1783031>

A specific assumption of the IMV is that PB and TB regulate the relationship between entrapment and suicidal ideation/intention. In order to test the moderating effect of both interpersonal needs, Forkmann and Teismann (2017) studied 480 online participants recruited from local universities, outpatient psychotherapy units, and social media, of whom 8.5% reported attempting suicide at least once in their lifetime, and 29.6% reported suicidal ideation during the last two weeks. They performed four multiple regression models using suicidal ideation as a criterion. The first model included PB and TB; they were statistically significant. The second model included entrapment; PB remained statistically significant, but TB did not. However, entrapment predicted suicidal ideation in the presence of both PB and TB. The third and fourth models tested whether PB and TB moderated the relationship between entrapment and suicidal ideation/intention, neither moderated. Later, O'Connor and Kirtley (2018) pointed out that, theoretically, the three-way interaction (PB x TB x Entrapment) acts as a motivational moderator better than the two-way interactions (PB x Entrapment and TB x Entrapment) independently. That is, the moderating effect of the frustration of PB and TB independently may be insufficient to modulate the step from entrapment to suicidal ideation/intention and only high levels of PB and TB together could generate this moderating effect.

This study attempts to expand the findings of Forkmann and Teismann. The main objective of this study is to analyze the moderating role of the interaction between PB and TB on the relationship between entrapment and suicidal ideation/intention, as proposed by O'Connor and Kirtley (2018). To this purpose, we will explore the three-way interaction (PB x TB x Entrapment) that, according to our hypothesis, will be statistically significant and will strengthen the relationship

between entrapment and suicidal ideation/intention in line with the theoretical assumption of IMV. Likewise, as a secondary objective, we will replicate the results of Forkmann and Teismann's study, since, based on previous findings that position PB as a variable more strongly related to suicidal ideation than TB (Chu et al., 2017; Ma et al., 2016), we hypothesize that PB, but not TB, could enhance the relationship between entrapment and suicidal ideation/intention.

Materials and Methods

Participants

The sample was 644 residents in Spain recruited from the general population. Demographics included 51.2% female, $M_{age} = 25.91$ ($SD_{age} = 5.14$; age range: 18-35).

Procedure

Research team collaborators recruited participants using following quotas: 33% aged 18 to 23, 33% aged 24 to 29, 33% aged 29 to 35, and a minimum of 33% and a maximum of 50% university graduates. Recruitment was through the collaborators' social networks. The collaborators briefly explained the conditions of the study and provided the participants with a link to the online questionnaire. The online questionnaire utilized LimeSurvey (<http://www.limesurvey.org/>), an open-source web surveying platform. Neither collaborators nor participants received economic incentive for their participation. All the participants were informed of the purpose of the study, the mechanisms guaranteeing their anonymity, and that their participation was voluntary. The participants gave their consent through an online

click. This study was approved by the Bioethics Committee in Human Research of the authors' university.

Measures

Entrapment Scale (ES; Gilbert & Allan, 1998) is 16 statements scale with answers on a 5-point scale from 0 (*not at all like me*) to 4 (*extremely like me*). The higher the score, the greater the perception of being trapped. In a sample of young adults (18-35 years old), the Spanish version of the ES (Ordóñez-Carrasco et al., 2021) had good internal consistency ($\alpha = .94$), a unifactorial structure, and positive, moderate-high, and statistically significant correlations with depression ($r = .84$), hopelessness ($r = .76$) and suicidal ideation ($r = .52$). In this study, the internal consistency of the ES scores was .96.

Interpersonal Needs Questionnaire (INQ; Van Orden et al., 2012) is a self-administered questionnaire composed of two scales, one for perceived burdensomeness (PB) with six items, and another for thwarted belongingness (TB) with four items. Both are answered on a seven-point Likert-type scale, from 1 (*not at all true for me*) to 7 (*very true for me*). The higher the score on each scale, the stronger frustration of interpersonal needs is. In a sample of fibromyalgia patients, the Spanish version (Ordóñez-Carrasco et al., 2018) of both INQ scales had a good internal consistency ($\alpha = .92$ for PB; $\alpha = .80$ for TB). The INQ showed a two-factor structure. PB-INQ showed moderate and statistically significant positive correlations with depression ($r = .75$), suicidal ideation ($r = .53$) and suicidal risk ($r = .67$). Similarly, TB-INQ correlated with depression ($r = .41$), suicidal ideation ($r =$

.30), and suicidal risk ($r = .43$). In this study, $\alpha = .95$ for PB, $\alpha = .83$ for TB, $\omega = .95$ for PB, and $\omega = .85$ for TB.

Active Suicidal Ideation/intention (ad hoc measure) was evaluated by the sum of two items. The participants had to answer the extent of their agreement with the following statement: “*I would like to kill myself*” and “*I would kill myself if I had the chance*”. The answer to both items is rated on a five-point Likert-type scale, from 1 (*totally disagree*) to 5 (*totally agree*). In order to obtain concurrent validity evidence, this indicator was correlated with item 9 of the BDI-II (this item assesses the intensity and presence of suicidal ideation). The result was $.52$ ($p < .001$). The internal consistency of this measure scores through Cronbach’s alpha was $.92$.

Beck Depression Inventory II (BDI-II; Beck et al., 1996) is a self-administered 21-item scale for assessing the severity of depressive symptoms through multiple choice ranging from 0 to 3. The ninth item of BDI-II allows evaluating the existence and intensity of suicidal ideation. We use this item to obtain evidence of validity for the measure of active suicidal ideation/intention. In our study, the estimate of the reliability of the Spanish version of the BDI-II scores (Sanz et al., 2005) through Cronbach’s alpha was $.93$, and omega coefficient was $.94$.

Results

To address the issue of collinearity, we mean-centered PB, TB, and entrapment. The correlation matrix showed positive, low-moderate, and statistically significant associations ($p \leq .001$) between all variables (Table 1). In the multiple linear regression (MLR), in model 1 (*adjusted R*² = $.46$), which included PB, TB, and entrapment, PB ($\beta_{PB} = .54$) and entrapment ($\beta_{entrapment} = .16$), but not TB ($\beta_{TB} = .05$),

showed a statistically significant effect on suicidal ideation/intention ($p < .001$). In model 2, which included the PB x entrapment, TB x entrapment and PB x TB interaction (adjusted $R^2 = .51$), PB x entrapment ($\beta_{PB \times Entrapment} = .37$) and PB x TB ($\beta_{PB \times TB} = -.09$) were statistically significant ($p < .001$ and $p = .037$, respectively). In model 3, which included the PB x TB x entrapment interaction (adjusted $R^2 = .51$), the three-way interaction showed a statistically significant effect on suicidal ideation ($\beta_{PB \times TB \times Entrapment} = -.11$; $p = .026$). All MLR models are shown in Table 5.1. Figure 5.1 shows a graphical representation of the interaction effects of PB x TB x entrapment based on the procedures of Dawson and Richter (2006).

Figure 5.1 Three-way interaction effect (model 3)

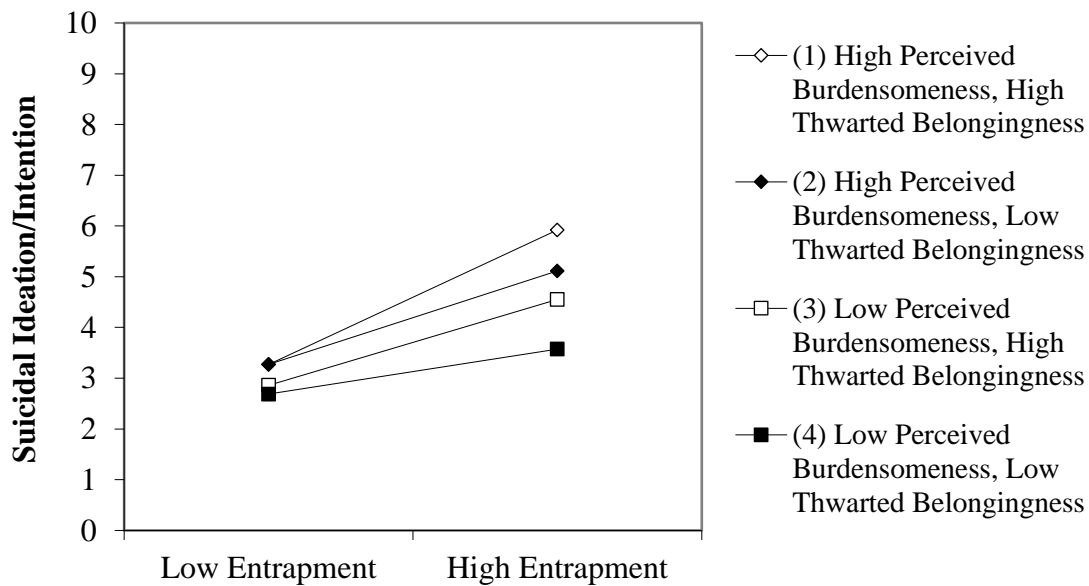


Table 5.1 Means, standard deviations, correlations, and results of the multiple regression analyses predicting suicidal ideation

	Correlations				Model 1				Model 2				Model 3				
	E	SI	PB	TB	B	β	t	p	B	β	t	p	B	β	t	p	
Intercept					2.503	-	67.239	< .001	2.310	-	54.294	< .001	2.295	-	53.484	< .001	
PB	-	.49*			0.093	0.538	12.060	< .001	0.060	0.345	6.908	< .001	0.059	0.339	6.798	< .001	
TB	-	.22*	.17*		0.011	0.050	1.684	.093	0.011	0.050	1.733	.084	0.022	0.098	2.738	.006	
E	-	.41*	.69*	.18*	0.015	0.158	3.538	< .001	0.006	0.060	1.347	.178	0.005	0.053	1.193	.233	
PB x E									0.003	0.368	8.406	< .001	0.003	0.339	8.714	< .001	
TB x E									0.001	0.073	1.655	.098	0.002	0.097	2.134	.033	
PB x TB									-0.003	-0.094	-2.086	.037	-0.001	-0.046	-0.928	.354	
PB x TB x E													0.000	-0.108	-2.236	.026	
Mean	11.83	2.50	10.93	12.60													
SD	13.67	1.28	7.39	5.84													
Model					Adj. R² = 0.456 F(3, 640) = 180.723 p < .001				Adj. R² = 0.510 F(6, 637) = 112.509 p < .001				Adj. R² = 0.513 F(7, 636) = 97.756 p < .001				
R² Change										+0.056				+0.004			
Sig. F Change										p < .001				p = .026			

Note: Spearman's Rho correlation coefficients. *p < .001. SI: Suicidal Ideation; PB: Perceived Burdensomeness; TB: Thwarted Belongingness; E:

Entrapment

Discussion

The present study provides the first favourable empirical evidence of the specific theoretical IMV assumption (O'Connor & Kirtley, 2018), which considers frustrated interpersonal needs as moderators on the relationship between entrapment and suicidal ideation/intention. According to the specific theoretical assumption of IMV (O'Connor & Kirtley, 2018), this study tested whether PB x TB x entrapment interaction would show a statistically significant effect on suicidal ideation/intention. The results are consistent with the theoretical approach of the moderating role of PB x TB as an enhancer of the entrapment-suicidal ideation/intention relationship. Although the contribution of TB to the model is small, our results confirm that TB does contribute to increased suicidal ideation/intention in the presence of a high PB and entrapment. Thus, TB does not contribute to increased suicidal ideation/intention when entrapment is low (as opposed to PB) This finding is consistent with the study by Wilson et al. (2017) in which, although TB was not a significant predictor of suicidal ideation, PB x TB interaction did show statistical significance in predicting suicidal ideation in patients with chronic pain when TB interacted with high PB. This suggests that both interpersonal needs can be dynamic and interrelated (Czyz et al., 2015), that is to say, TB is not necessarily a primary risk factor, but may be involved in an increase in the severity of suicidal ideation/intention in people who already perceive themselves to be trapped and a burden to themselves or others.

In addition, the contribution to explain suicidal ideation/intention by interpersonal psychological needs (PB and TB) and entrapment was analyzed. Our results showed that PB and entrapment, but not TB, were relevant factors to explain

suicidal ideation/intention. These findings are consistent with the network analysis study by De Beurs et al. (2019), which found that PB and entrapment were the most relatively important risk factors in the network (i.e., the unique variance each of the predictors shared with current suicidal ideation). Concerning TB, a systematic review by Ma et al. (2016) showed that in 60% of the studies analyzed, TB was statistically non-significant in predicting suicidal ideation/intention, probably due to the stronger effects of PB and other covariates.

According to our secondary objective (i.e., to replicate the results of the Forkmann and Teismann's study), the relationship between entrapment and suicidal ideation/intention was influenced by PB, increasing the strength of the entrapment-suicidal ideation/intention relationship when PB was high. This contrast with those of Forkmann and Teismann (2017), who found no evidence to support the moderating effect of either PB or TB. The discrepancy of results between the two studies may be due to sample characteristics and the measure of suicidal ideation. In Forkmann and Teismann's study (2017), the participants were in the age range of 18-80 years old. In addition, the sample was not community-based, but participants were recruited from local universities, social media, and psychotherapy outpatient units. In ours, the sample is limited to young adults (18-35 years old) recruited from the general population. In both studies, the instruments for measuring suicide ideation are different. In our case, the measure of active suicidal ideation is composed of two items. An ad hoc measure due to the limited self-administered instruments available for measuring suicidal ideation/intention adapted to the Spanish context. Instead, they use four-item Depressive Symptom Index (DSISS)

suicide subscale, which could cause undesirable variability due to the broad spectrum of constructs related to suicide included in the measurement.

A limitation of the study is its cross-sectional design, which does not allow us to detect any variation in the variables over time. Despite this, our main objective was to test interaction of the variables, so that design does not affect the interpretation of our results. Another limitation is that the sample was from the general population, which could have produced a floor effect on suicidal ideation and the rest of the clinical variables linked to suicidal ideation.

The present study has provided empirical evidence of the relevant moderating role of PB and TB in the entrapment-suicidal ideation/intention relationship in young adult population. The main finding has been consistent with the specific assumption of IMV (O'Connor & Kirtley, 2018) that integrates the key elements of the interpersonal theory of suicide (PB and TB; Joiner, 2005) as motivational moderators of the model. This result is consistent with other studies that position PB and TB as moderators between suicidal risk factors (e.g., pain) and suicidal ideation (e.g., Chu et al., 2016). The study of the moderators involved in the entrapment-suicidal ideation relationship is relevant, since these moderators constitute a therapeutic goal. Their treatment would limit the exacerbation of the entrapment state and the transit to suicidal ideation.

Estudio 6: Entrapment and psychological pain as proximal variables of suicidal ideation: study of moderation⁶

⁶ Parte de este estudio 6 ha sido publicado en: Ordóñez-Carrasco, J. L., Cuadrado-Guirado, I. y Rojas-Tejada, A. J. (2020b). Entrapment and Psychological Pain as Proximal Variables of Suicidal Ideation: Study of Moderation. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 29(5), 192-199. <https://doi.org/10.24205/03276716.2020.1020>

Therefore, in IMV, the variable closest to suicide ideation is the perception of entrapment. The relationship between entrapment and suicidal ideation is moderated by a set of variables called motivational moderators. Within this type of moderator, variables such as reasons for living (Linehan et al., 1983) or lack of social support (Chang et al., 2017), among others, are included. Based on the numerous empirical evidences that position psychological pain as a proximal variable of suicidal ideation, as well as the axiom: "*without pain, there is no suicide*" by Shneidman (2001), the present work aims to analyze the moderating role of psychological pain in the transit between entrapment and suicidal ideation. We hypothesize that there is an interaction between entrapment and psychological pain that enhances the magnitude of the relationship between entrapment and suicidal ideation.

Method

Participants

The participants were 620 persons resident in Spain and aged between 18 and 35 years (51.1% women, $M_{\text{age}} = 25.94$, $SD_{\text{age}} = 5.16$), who completed an online questionnaire. A sampling was carried out by quotas of sex, age, and educational level, according to the characteristics of the young adults in the Spanish population. The rest of the sociodemographic and clinical characteristics can be seen in Table 6.1.

Table 6.1 Socio-demographic and clinical characteristics of participants

		N (%)
Age		<i>M</i> = 25.94 (<i>DT</i> = 5.16)
Sex		
	Woman	317 (51.1%)
	Man	294 (47.4%)
	Other	9 (1.5%)
Completed education level		
	No studies	19 (3.1%)
	Primary education	18 (2.9%)
	Secondary education	358 (58.4%)
	Higher education	218 (35.6%)
Civil status		
	Single	351 (57.4%)
	Married / Common-law couple / Stable couple	241 (39.4%)
	Divorced	19 (3.1%)
	Widowed	1 (0.2%)
Work activity		
	Student	260 (42.5%)
	Homemaker	14 (2.3%)
	Unemployed	42 (6.9%)
	Employee	296 (48.4%)
Religion		
	Catholic	253 (41.7%)
	Muslim	10 (1.6%)
	Protestant	11 (1.8%)
	Agnostic	70 (11.5%)
	Atheist	167 (27.5%)
	Indifferent	96 (15.8%)
Mental and behavioural disorders (ICD-10 code)		
	Substance-Related and Addictive Disorder (F19.9)	1 (0.2%)
	Anxiety Disorder (F41.9)	7 (1.1%)
	Major Depressive Disorder (F32.9)	4 (0.7%)
	Feeding and Eating Disorder (F50.9)	1 (0.2%)
	Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (F90.0)	2 (0.3%)
	Mixed Anxiety-Depressive Disorder (F41.2)	2 (0.3%)
	Borderline Personality Disorder (F60.3)	2 (0.3%)
	Obsessive-Compulsive and Related Disorder (F42.9)	2 (0.3%)

Procedure

The participants were recruited by research team collaborators following quotas: 33% (50% women) aged 18-23, 33% (50% women) aged 24-29, 33% (50% women) aged 29-35, and a minimum of 33% and a maximum of 50% university graduates. The recruitment of participants was done through the social networks of our collaborators. The online questionnaire was composed of the scales of the study and other socio-demographic variables of interest such as age, sex, educational level,

and marital status. All participants were informed of the purpose of the research, their voluntary status, the data protection law, and the mechanisms that guarantee their anonymity. At the beginning of the online questionnaire, participants signed an informed consent form. This study was approved by the Bioethics Committee on Human Research at the authors' University.

Instruments

Entrapment Scale (Gilbert & Allan, 1998) *adapted to Spanish context* (Ordóñez-Carrasco, Cuadrado, & Rojas, 2021). Self-administered scale of 16 items to measure the perception of being trapped (externally or internally). Response options are 5-point Likert type, from 0 (*not quite like me*) to 4 (*extremely like me*). The higher the score, the greater the perception of entrapment. The estimation of the internal consistency through Cronbach's alpha coefficient of the scores of the Spanish version of the Entrapment Scale (Ordóñez-Carrasco et al., 2021) was .94. In the present study, the internal consistency through Cronbach's alpha was .96.

Psychache Scale (Holden et al., 2001) *adapted to Spanish context* (Ordóñez-Carrasco, Cuadrado, & Rojas, 2019). The answer options are of the 5-point Likert type. From item 1 to item 9, the answer options range from 1 (*never*) to 5 (*always*). From item 10 to item 13, the answer options range from 1 (*strongly disagree*) to 5 (*strongly agree*). The higher the score, the more unbearable and frequent the perception of psychological pain. The estimate of internal consistency through Cronbach's alpha of the Psychache Scale Spanish adaptation scores (Ordóñez-Carrasco et al., en prensa) was .96. In the present study, the internal consistency through Cronbach's alpha was .96.

Ideación suicida: conceptualización y aspectos de la medida

Active suicidal ideation. Suicidal desire was assessed through an indicator. Participants were asked to rate their agreement or disagreement with the following statement: "I would like to kill myself " at the time they responded to the questionnaire or during the two weeks prior to their participation. The response option is a 5-point Likert type, from 1 (*strongly disagree*) to 5 (*strongly agree*). In order to obtain evidence of concurrent validity, this indicator was correlated with item 9 of the BDI-II (this item evaluates the intensity and presence of suicidal ideation). The result was .64, $p < .001$.

Statistical analyses

First, descriptive statistics of total scores and bivariate correlations between all study variables (i.e., entrapment, psychological pain, and suicidal ideation) were calculated. Prior to multiple linear regression analyses, for alleviate collinearity, the independent variables (i.e., entrapment and psychological pain) were centered by subtracting a variable's mean from all observations on that variable in the dataset. Subsequently, in order to evaluate the effect of entrapment and psychological pain on active suicidal ideation), a multiple linear regression model was performed (Model 1). Subsequently, in order to analyze the moderating effect of psychological pain on the relationship between entrapment and suicidal ideation, another multiple linear regression model was carried out (Model 2). The interaction variable between the total entrapment score and the total psychological pain score (entrapment \times psychological pain) was added as an independent variable. A variable is considered a moderator when the p-value of the interaction (entrapment \times psychological pain) is $\leq .05$. Finally, to deepen the analysis of the moderating role of psychological pain,

the total sample was divided into four subgroups according to the degree of entrapment and psychological pain through the median of the total scores of both variables. These four subgroups formed a grouping variable in a non-parametric unifactorial ANOVA (Kruskal-Wallis test) to explore whether there were statistically significant differences between the four subgroups in suicidal ideation. All analyses were performed using the SPSS v.25.

Results

First, descriptive statistics of the total scores of the study variables (i.e., suicidal ideation, entrapment, and psychological pain) showed relatively low means in the total sample (Table 6.2). The correlation matrix showed positive, moderate-strong, and statistically significant associations between all study variables (Table 6.2).

Table 6.2 Means, standard deviations, and matrix of correlations

	Suicidal ideation	Psychological pain	Entrapment
Suicidal ideation	-	.51*	.52*
Psychological pain	-	-	.81*
Mean	1.24	23.32	11.13
Standard Deviation	0.64	11.53	12.90

* $p < .001$

In relation to the two multiple regression models (Table 6.3), in Model 1 ($R^2 = .29$; $p < .001$), both independent variables (entrapment, $\beta = .27$; and psychological pain, $\beta = .30$) had a similar and statistically significant effect ($p < .001$) on suicidal ideation. In Model 2 ($R^2 = .32$; $p < .001$), in line with the existence of a moderating effect, the interaction variable between entrapment and psychological pain ($\beta = .60$) was statistically significant ($p < .001$). Figure 6.1 shows a graphic representation of

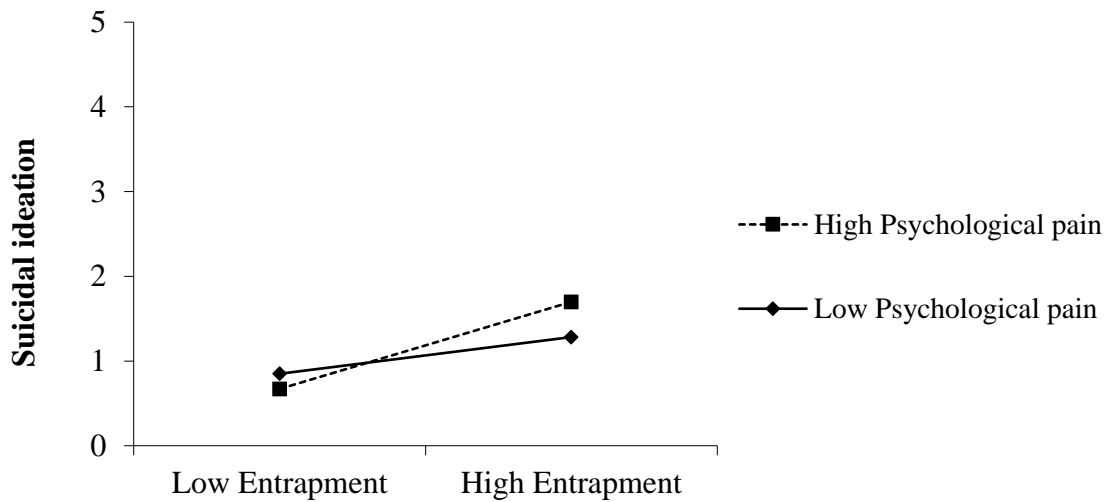
the interaction effect between psychological pain and entrapment based on the procedures of Aiken and West (1991), Dawson (2014) and Dawson and Richter (2006). In this representation it is observed how the combined presence of high values in entrapment and psychological pain causes an effect superior to the sum of the individual effects (synergy).

In order to improve the understanding and direction of the moderating effect, the sample was divided into four subgroups based on the median total psychological pain and entrapment scores (i.e., low psychological pain-low entrapment, high psychological pain-low entrapment, low psychological pain-high entrapment, and high psychological pain-high entrapment). Subsequently, a non-parametric unifactorial ANOVA (Kruskal-Wallis) showed the existence of statistically significant differences in suicidal ideation between the subgroups, $H(3) = 88.590$, $p < .001$. Pairwise comparison (with Bonferroni correction; $p < .013$) revealed statistically significant differences between the high psychological pain-high entrapment subgroup (average range = 363.02) and the rest of the subgroups: low psychological pain-low entrapment (average range = 268.26; $p < .001$), low psychological pain-high entrapment (average range = 287.15; $p < .001$) and high psychological pain-low entrapment (average range = 310.80; $p = .003$).

Table 6.3 Results of the multiple regression analyses predicting suicidal ideation

	Model 1				Model 2			
	<i>B</i>	β	<i>t</i>	<i>p</i>	<i>B</i>	β	<i>t</i>	<i>p</i>
Intercept	0.724	-	12.863	< .001	0.950	-	13.442	< .001
Entrapment	0.015	0.27 2	4.719	< .001	0.005	0.093	1.398	.163
Psychological pain	0.015	0.29 7	5.141	< .001	-0.006	-0.123	-1.231	.219
Entrapment × Psychological pain	-	-	-	-	0.001	0.599	5.117	< .001
Model	Adj. R ² = .291 <i>F</i> (2, 619) = 128.073 <i>p</i> < .001				Adj. R ² = .319 <i>F</i> (3, 619) = 97.597 <i>p</i> < .001			
R² Change	-				0.029			
Sig. F Change	-				<i>p</i> < .001			

Figure 6.1 Effect of interaction between entrapment and psychological pain on suicidal ideation



Discussion

The present study aimed to evaluate the possible role of psychological pain as a motivational moderator between entrapment and suicidal ideation. The result of the first multiple regression model showed that entrapment and psychological pain

influence the prediction of suicidal ideation in a similar and statistically significant way. The finding is consistent with previous research. For example, Li et al. (2018) found that psychological pain and entrapment had a direct and statistically significant association with suicidal ideation in hospitalized psychiatric patients. Likewise, a meta-analysis found a strong association between entrapment and suicidal ideation (Siddaway et al., 2015). Similarly, in relation to psychological pain, a meta-analysis revealed a higher level of psychological pain in people with suicidal ideation than people without suicidal ideation (Ducasse et al., 2018). The above results were similar to those reported in the systematic review by Verrocchio et al. (2016), which highlights the strong association between psychological pain and suicidal ideation, regardless of the level of depression and the sample examined (i.e., military, prisoners, students, homeless, and clinical population).

The second model of multiple linear regression examined whether psychological pain played a moderating role in the relationship between entrapment and suicidal ideation. Subsequently, the direction of moderation was studied by comparing the average ranges of suicidal ideation among different subgroups according to the degree of psychological pain and entrapment. In line with our results, from the perspective of IMV (O'Connor, 2011; O'Connor & Kirtley, 2018), psychological pain could be considered a facilitator or motivational enhancer in the model: a high degree of psychological pain would increase the relationship between entrapment and suicidal ideation. These findings are the first empirical evidence for the potential moderating role of psychological pain in IMV. Likewise, a study by Bloch-Elkouby et al. (2020) found a strong connection between entrapment and psychological pain. The authors suggest that psychological pain can capture the

emotional dimension derived from the deep and urgent feeling of escaping or avoiding a life situation that is perceived as unbearable and unavoidable. Furthermore, entrapment can also impact on the degree of unbeatability of psychological pain, since it tends to be more intolerable the more ineffective and protracted the management of stress caused by the unpleasant internal experience of pain. This prolonged and unsuccessful management of stress may be due to the presence of factors such as: the inability to solve problems, interpersonal conflicts, difficulty in communicating, or the perception that help, escape or rescue are absent; the latter being comparable to the concept of entrapment (Demirkol et al., 2019; Verrocchio et al., 2016).

However, this study is not exempt from limitations. Its transversal design prevents the detection of possible temporal fluctuations and the influence of the context, aspects that could have an impact on the variables analysed. Similarly, this design makes it impossible to interpret the results in terms of causality. Furthermore, due to the clinical nature of the study variables, the use of data from the general population usually generates a clear range restriction that is evident in the floor effect of the values of suicidal ideation and the average total scores of entrapment and psychological pain. In future research, replication of the present study with other samples (e.g., clinical population) would amplify the generalization of the results obtained. Likewise, testing the theoretical assumptions of IMV through longitudinal studies and more complex multivariate models (i.e., more explanatory variables and more sophisticated techniques such as structural equation models or network analysis) would help clarify the contribution of these variables and their potential interaction in the prediction of suicidal ideation.

In short, this research provides empirical evidence on the moderating role of psychological pain in IMV and, in line with previous literature, places entrapment and psychological pain as relevant variables involved in the development of suicidal ideation in young adults. The findings obtained are not limited solely to the field of suicide research. In the clinical context, and specifically in Spain, the history and clinical reports aimed at evaluating people with potential suicidal risk are often deficient (Miret et al., 2010). Similarly, the use of psychometric scales adapted to the Spanish context to assess suicidal behavior is not effectively and protocolary implemented in the day-to-day work of professionals in the clinical setting (Bech & Awata, 2009; Sáiz & Bobes, 2014). Therefore, the routine uses of measurement instruments adapted to the context of application and that evaluate both constructs (i.e., entrapment and psychological pain) could improve the screening of suicidal ideation. Similarly, knowing the degree to which people perceive themselves as trapped, as well as knowing the intensity and frequency of their psychological pain, could help guide psychological intervention.

Estudio 7: Experiential avoidance in the context of the integrated motivational-volitional model of suicidal behaviour: A moderation study⁷

⁷ Parte de este estudio 7 ha sido publicado en: Ordóñez-Carrasco, J. L., Cuadrado-Guirado, I. y Rojas-Tejada, A. J. (2020c). Experiential Avoidance in the Context of the Integrated Motivational-Volitional Model of Suicidal Behavior. *Crisis. The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention*. Publicación Online Avanzada. <https://doi.org/10.1027/0227-5910/a000721>

The study of the moderators involved in the defeat-entrapment relationship is relevant in the clinical context, since these moderators constitute a therapeutic goal. Their treatment would limit the exacerbation of the defeated state and the transit to entrapment (Gooding et al., 2015). Even though IMV is one of the most prominent theoretical frameworks of suicidal ideation and behaviour, analyses concerning the moderators hypothesized within the model are generally lacking. In the literature, there are only a few examples, such as the study conducted by Teismann and Forkmann (2015). They confirmed the role of entrapment as a mediator between rumination and suicidal ideation in a community and clinical sample in line with IMV assumptions. A further study (Forkmann & Teismann, 2017) analyzed the moderating role of perceived burdensomeness and thwarted belongingness between entrapment and suicidal ideation in a community sample. However, they found no evidence supporting the IMV assumption that the frustration of both interpersonal needs acts as a motivational moderator of IMV.

A potential candidate to serve as a threat to self-moderators is experiential avoidance, a process included in the psychological flexibility model of psychopathology (the framework underlying acceptance and commitment therapy, ACT; Hayes et al., 2012). Experiential avoidance is a process characterized by the suppression, control, or elimination of internal experiences (i.e., thoughts, emotions, memories, sensations) that are distressing or are expected to be distressing (Hayes et al., 2012). The attempt to avoid, suppress, or eliminate unwanted private experiences paradoxically leads to an increase in the frequency and intensity of these experiences (Wenzlaff y Wegner, 2000). Because the distressing internal experience is not subject to voluntary behavioral regulation, in the long-term the avoidance

strategy ends up reducing the person's life space, the situations avoided multiply, the internal experiences become more overwhelming, and the ability to get into the present moment and enjoy a valuable life is reduced (Hayes et al., 2012).

Experiential avoidance is not new in suicide literature. Ellis and Rufino (2016) found that increased experiential avoidance was associated with an increase in suicidal ideation in hospitalized psychiatric patients after controlling for depression and hopelessness. Recently, Krafft et al. (2019) have shown –in a sample of young adults– that experiential avoidance is a robust predictor of suicidal ideation, both transversely and longitudinally.

Therefore, guided by empirical evidence involving experiential avoidance as a relevant factor in the increase or maintenance of suicidal ideation, this study aims to analyze the possible role as a threat to self-moderators of experiential avoidance in the relationship between defeat and entrapment. Experiential avoidance, like other threats to self-moderators, is likely to affect both entrapment and defeat, and even other phases of the model (e.g., the volitional phase). Our hypothesis is that it will have its strongest effect on the defeat-entrapment relationship, since the transit from one point to another is moderated by the factors that are commonly involved in the problem resolution (O'Connor & Kirtley, 2018). We consider that experiential avoidance in IMV is a strategy oriented towards the resolution of psychological distress caused by the state of defeat. However, attempting to avoid the aversive internal experience will increase the suffering rather than reduce or eliminate it, enhancing the defeat-entrapment relationship.

Table 7.1 Socio-demographic and clinical characteristics of participants

		<i>N</i> (%)
Sex	Woman	317 (51.1%)
	Man	294 (47.4%)
	Other	9 (1.5%)
Completed education level	No studies	19 (3.1%)
	Primary education	18 (2.9%)
	Secondary education	358 (58.4%)
	Higher education	218 (35.6%)
Marital status	Single	351 (57.4%)
	Married/Domestic partner/Stable partner	241 (39.4%)
	Divorced	19 (3.1%)
	Widowed	1 (0.2%)
Work activity	Student	260 (42.5%)
	Homemaker	14 (2.3%)
	Unemployed	42 (6.9%)
	Employee	296 (48.4%)
Religion	Catholic	253 (41.7%)
	Muslim	10 (1.6%)
	Protestant	11 (1.8%)
	Agnostic	70 (11.5%)
	Atheist	167 (27.5%)
	Indifferent	96 (15.8%)
Mental and behavioural disorders (ICD-10 code)		
Substance-Related and Addictive Disorder (F19.9)		1 (0.2%)
Anxiety Disorder (F41.9)		7 (1.1%)
Major Depressive Disorder (F32.9)		4 (0.7%)
Feeding and Eating Disorder (F50.9)		1 (0.2%)
Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (F90.0)		2 (0.3%)
Mixed Anxiety-Depressive Disorder (F41.2)		2 (0.3%)
Borderline Personality Disorder (F60.3)		2 (0.3%)
Obsessive-Compulsive and Related Disorder (F42.9)		2 (0.3%)
Suicide	No ideation	491 (79.2%)
	Passive suicidal ideation	119 (19.2%)
	Active suicidal ideation	10 (1.6%)
	Attempted suicide in the past	39 (6.3%)
Depressive Symptoms Severity (BDI-II)		<i>M</i> = 10.96 (<i>SD</i> = 10.20)
Suicide Risk Scale (Plutchik Scale)		<i>M</i> = 3.38 (<i>SD</i> = 2.88)

Note: Suicidal ideation was evaluated according to the answer to item 9 of the BDI-II. Suicide attempts were evaluated by answering item 15 on Plutchik's suicide risk scale (*Have you ever tried to take your own life?*)

Method

Participants

Of the total sample ($N = 644$), 24 cases were eliminated due to a lack of data related to the study variables. The final sample consisted of 620 residents in Spain recruited from the general population ($M_{\text{age}} = 25.94$, $SD_{\text{age}} = 5.16$; Range: 18-35 years old; 51.1% female) who participated in an online survey. The sampling method was by quota sampling in keeping with the composition of the Spanish young adult population: age (33% of 18-23 years old; 33% of 24-29 years old; and 33% of 29-35 years old), sex (50%), and education (30% university students). The other sociodemographic and clinical characteristics can be seen in Table 7.1.

Procedure

The recruiters were psychology students and research team collaborators. Each recruiter administered an online questionnaire through their social networks to six participants within the following quotas: 33% (50% women) aged 18 to 23; 33% (50% women) aged 24 to 29; 33% (50% women) aged 29 to 35; and a maximum of 50%, minimum 33% of university graduates. Neither recruiters nor participants received any economic incentive for their participation. All participants were informed of the purpose of the research, the mechanisms guaranteeing their anonymity, and that their participation was voluntary. The participants gave their consent through an online click. The study was approved by the Bioethics Committee in Human Research of the University of Almeria (Spain).

Instruments

An online questionnaire was administered consisting of the following scales, sociodemographic variables, self-reported clinical characteristics, and other scales (not used for this work).

Defeat scale (DS; Gilbert & Allan, 1998). This self-administered, 16-item scale measures how often the participants have felt defeated in the last seven days. A higher score indicates higher perceptions of defeat. Answer choices are above a five-point Likert-type scale, from 0 (*never*) to 4 (*always*). The version adapted to the Spanish context (Ordóñez-Carrasco, Cuadrado, & Rojas, 2021) showed a bifactorial structure (i.e., a general defeat factor and a complementary factor according to a wording effect of the inverted items) with good fit indices. Therefore, in practical terms, it could be considered a one-dimensional measure. Lastly, the adaptation to Spanish of the defeat scale has good internal consistency ($\alpha = .94$) in the general population, and it showed evidence of validity based on the relationship with other variables. Positive, moderate-high, and statistically significant correlations between the defeat scale and other variables related to suicidal behaviors (i.e., entrapment, depression, hopelessness, perceived burdensomeness, thwarted belongingness, and suicidal ideation) were found. In this work, the internal consistency of the DS scores is .94 through both Cronbach's alpha and omega coefficient.

Acceptance and Action Questionnaire-II (AAQ-II; Bond et al., 2011). This is a self-administered, 7-item scale that measures experiential avoidance. Answer choices are above a seven-point Likert-type scale, from 1 (*it's never true*) to 7 (*it's always true*). The higher the score on the scale, the higher the recurrence of experiential avoidance. The AAQ-II Spanish context adaptation (Ruiz et al., 2013)

had an internal consistency of .88. In the present study, Cronbach's alpha is .90 and omega coefficient is .91.

Entrapment scale (ES; Gilbert & Allan, 1998). This self-administered, 16-item scale measures the perception of entrapment in the last seven days. Answer choices are above a five-point Likert-type scale, from 0 (*not at all like me*) to 4 (*extremely like me*). The higher the score, the greater the perception of entrapment. The estimate of the reliability of the Spanish version of the ES (Ordóñez-Carrasco et al., 2021) scores by Cronbach's alpha was .94 in the general population. In this work, Cronbach's alpha and omega coefficient are .96.

Beck Depression Inventory II (BDI-II; Beck et al., 1996). A self-administered 21-item scale for assessing the severity of depressive symptoms through multiple choice ranging from 0 to 3. The ninth item of BDI-II allows evaluating the existence of suicidal ideation: 0 indicates absence of suicidal ideation, 1 is considered as mild or passive suicidal ideation, 2 and 3 are considered as severe or active suicidal ideation. In our study, the estimate of the reliability of the Spanish version of the BDI-II (Sanz et al., 2005) scores through Cronbach's alpha is .93 and omega coefficient is .94.

Plutchik Suicide Risk Scale (Plutchik et al., 1989). This is a self-administered 15-item scale for assessing the potential risk of suicide. The scale's score ranges from 0 to 15. In our study, the estimate of the reliability of the Spanish version of Plutchik Suicide Risk Scale (Rubio et al., 1998) scores is .78 through both Cronbach's alpha and omega coefficient.

Statistical analyses

Bivariate correlations between the variables under study (defeat, experiential avoidance, and entrapment) and suicidal ideation were carried out. For alleviate collinearity, the independent variables were centered by subtracting a variable's mean from all observations on that variable in the dataset. Then, a first multiple linear regression model conformed by defeat and experiential avoidance as predictors of entrapment was performed (Model 1). Lastly, the potential moderating effect of experiential avoidance was analyzed through a second multiple linear regression model (Model 2). Model 2 included the variable interaction Defeat \times Experiential avoidance. There is a moderating effect of experiential avoidance on the relationship between defeat and entrapment if the interaction variable is significant ($p \leq .05$). Multicollinearity ($VIF < 5$) and normal distribution of standardized residuals (Q-Q plot) were checked. All the analyses were processed using the SPSS v.25 (omega coefficients were performed with JASP v.0.10.2). No a priori power calculation was used. Using G*Power 3.1.9.4, given a total of 620 participants, $\alpha = .05$, and a large effect size ($f^2 = .35$), the post-hoc power ($1-\beta$ err prob) is 1.

Results

The correlation matrix showed positive, high, and statistically significant associations ($p \leq .001$) between all the studied variables. The correlation matrix and descriptive statistics of the total scores of the scales can be seen in Table 7.2.

Table 7.2 Means, standard deviations and correlations between experiential avoidance, defeat, entrapment and suicidal ideation

	Experiential avoidance	Defeat	Entrapment	Suicidal ideation
Experiential avoidance	-	.70*	.64*	.38*
Defeat	-	-	.78*	.47*
Entrapment	-	-	-	.45*
<i>M</i>	20.42	16.81	11.13	0.23
<i>SD</i>	8.41	12.01	12.90	0.49
Range	7-48	0-64	0-64	0-3

Note: Spearman's Rho correlation coefficients; * $p \leq .001$.

In Model 1, $F(2, 617) = 784.73$; $p < .001$; $R^2 = .72$, defeat ($\beta_{DS} = .80$) and experiential avoidance ($\beta_{AAQ-II} = .21$) were statistically significant predictors of entrapment. Then, in Model 2, $F(3, 616) = 556.06$; $p < .001$; $R^2 = .73$, the variable interaction Defeat \times Experiential avoidance was entered ($\beta_{DS \times AAQ-II} = .13$). This interaction was statistically significant ($p \leq .001$) according to a moderation effect. Likewise, Model 2 showed a statistically significant change of F ($p = .013$) that indicates a significant improvement in explanatory power (see Table 7.3).

Table 7.3 Results of the multiple regression analyses predicting entrapment

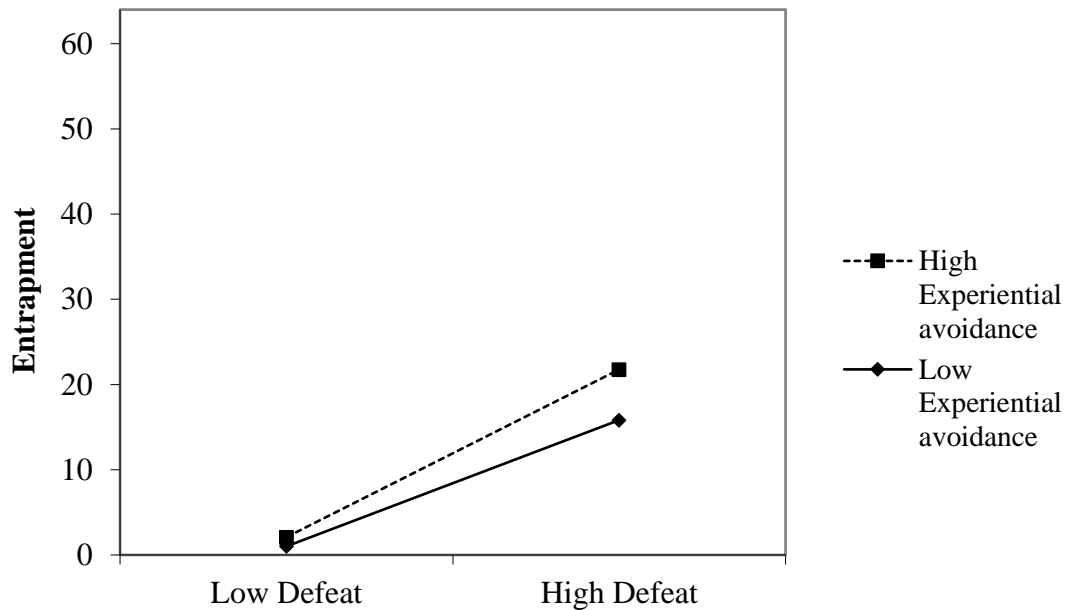
	Model 1			Model 2		
	<i>B</i>	β	<i>t</i>	<i>B</i>	β	<i>t</i>
Intercept	11.133	-	40.379*	10.257	-	32.489*
Defeat	0.801	0.746	24.552*	0.723	0.673	20.599*
Experiential avoidance	0.207	0.135	4.449*	0.212	0.138	4.658*
Defeat \times Experiential avoidance	-	-	-	0.012	0.132	5.346*
Model	Adj. $R^2 = .717$ $F(2, 617) = 784.729^*$			Adj. $R^2 = .729$ $F(3, 616) = 556.062^*$		
R^2 Change	-			.013		
Sig. F Change	-			$p < .001$		

* $p < .001$

Finally, the data displayed in Figure 7.1 show that when the degree of defeat is high, the perception of entrapment is higher when the experiential avoidance is

high than when this is low. In contrast, when the degree of defeat is low, the perception of entrapment does not change depending on the degree of experiential avoidance.

Figure 7.1 Two-way interaction effects (model 2)



Discussion

According to the IMV, entrapment is not an inevitable consequence of the perception of defeat, but the exacerbation of defeat and the transit to entrapment is dependent on other psychological processes related to the ability to resolve the distress of defeat (O'Connor & Kirtley, 2018). The variables involved in increasing or reducing the probability of moving from defeat to entrapment are referred to as threats to self-moderators. This paper is the first empirical evidence of the role of experiential avoidance as a threat to self-moderators.

Our findings show, first, the relevance of defeat and experiential avoidance as variables involved in shaping the perception of entrapment and therefore, closely linked to the development of suicidal ideation. The results show that the perception of defeat is an essential component in the variation of the perception of entrapment. This is in consonance with the theoretical structure of the IMV (O'Connor, 2011) and with the literature that has tested the relationship of the model components (e.g., Dhingra et al., 2016). Likewise, experiential avoidance was not only significant as a variable related to entrapment (although to a lesser extent than defeat), but, and more importantly, as part of interaction with defeat according to a moderating effect that would facilitate the transition from defeat to entrapment. Avoiding suffering is a natural response reinforced by the reduction of the short-term distress it causes (Hayes et al., 2012). However, the indiscriminate and/or recurrent use of avoidance of unpleasant internal experiences (i.e., experiential avoidance) as a strategy to mitigate suffering ends up being ineffective for such a purpose. When people are deliberately unable to control their negative emotional state, they tend to present more extreme forms of behaviour in order to regain control. Prolonging the avoidance strategy would lead to negative consequences, often more damaging than the original problem (Chiles & Strosahl, 2005). In the context of IMV, the perception of entrapment arises when the state of defeat is not resolvable by a lack of individual agency and/or an absence of rescue by others. Experiential avoidance would undermine the individual's ability to resolve, restricting his/her individual agency and driving him/her away from a valuable or 'meaningful' life.

Regarding experiential avoidance as a therapeutic target, preliminary data suggest that ACT (Hayes et al., 2012) has been effective in reducing the frequency

and intensity of suicidal ideation. Walser et al. (2015) showed a decrease in both the severity of depressive symptomatology and suicidal ideation during an ACT-based psychological intervention for veterans with depression and suicidal ideation.

The main limitation of the present study is that, due to the cross-sectional design, we cannot establish causal associations between the variables. Future studies with longitudinal designs would capture the temporal fluctuations of the constructs and the directionality of their associations. Future multivariate analyses may clarify the relationship of experiential avoidance to the rest of the threats to self-moderators (e.g., social problem solving, brooding rumination, autobiographical memory biases) and how they collectively impact the transit from defeat to entrapment. Finally, in pursuit of the generalizability of our results, studies with samples with higher prevalence of suicidal ideation (i.e., suffering from mental illness, chronic pain, or inmates) may expand the evidence of validity of the present study.

Capítulo 5. Discusión general

“Quien no haya concebido jamás su propia anulación, quien no haya presentado el recurso a la cuerda, a la bala, al veneno o al mar, es un recluso envilecido o un gusano reptante sobre la carroña cósmica.”

SIMON CRITCHLEY
–Suicide–

El objetivo general de la presente tesis doctoral ha sido **proponer una conceptualización y un avance metodológico respecto a la medida de la ideación suicida a partir de las variables psicológicas implicadas en su desarrollo según las teorías de la ideación a la acción suicida, así como la ampliación del modelo que da cabida a esta propuesta, el modelo integrado motivacional-volitivo (IMV).**

La conducta suicida tiene diferentes expresiones que oscilan entre la ideación y el suicidio (Fonseca-Pedrero y Pérez-de-Albéniz, 2020). Si bien las causas de la conducta suicida aún no se comprenden en su totalidad, hay un amplio consenso en señalar que esta es el **resultado de una intrincada interacción de factores** (O'Connor y Nock, 2014). Por ende, el análisis y comprensión de la ideación suicida, al igual que el de toda conducta humana, debe atender a una interacción dinámica entre factores biológicos, psicológicos y sociales, junto a las inseparables biografías particulares y las circunstancias concretas de quien la manifiesta (Fonseca-Pedrero y Pérez-de-Albéniz, 2020). Sin obviar esto, consideramos **la ciencia psicológica como el contexto idóneo para comprender la conducta (suicida)**, identificar variables modificables para ser tratadas y analizar cómo concatenan.

Como se expuso en la introducción, desde finales del siglo XIX, un conjunto de teorías ha propuesto mecanismos y factores implicados en el desarrollo de la conducta suicida con el fin de predecirla y explicarla. Sin embargo, estas teorías clásicas abordan el suicidio como un fenómeno singular con una explicación única y global (Klonsky et al., 2018) y se focalizan en factores de riesgo únicos o dominios específicos, lo que ha generado explicaciones simplistas del fenómeno suicida

(Millner et al., 2020). Asimismo, la mayoría de ellas no han sido sometidas a un escrutinio empírico minucioso (Millner et al., 2020). No obstante, estos intentos por explicar y predecir la conducta suicida no han sido en vano. **Un gran número de variables, potenciales mecanismos y supuestos propuestos por las teorías clásicas, gozan de vigencia en los actuales modelos teóricos del suicidio.** Por poner algunos ejemplos, la teoría sociológica de Durkheim (1951) enfatizó los factores socioestructurales y, entre ellos, la integración social, la cual sigue siendo un elemento clave para las teorías contemporáneas como **la teoría interpersonal del suicidio** (Joiner, 2005). Del mismo modo, la teoría de la desesperanza (Beck et al., 1985) o la teoría del dolor psicológico (Shneidman, 1993) aportan las variables clave en **la teoría de tres pasos** de Klonsky y May (2015). Y teorías como el suicidio como escape (Baumeister, 1990) y el modelo de suicidio “grito de dolor” (Williams, 2001) aportan los elementos nucleares en la fase motivacional del **modelo integrado motivacional-volitivo** (O’Connor, 2011).

En definitiva, las teorías clásicas aportan un gran número de factores de riesgo suicida que, posteriormente, han mostrado ser predictores robustos de ideación suicida, pero no de intento suicida (Klonsky y May, 2014; May y Klonsky, 2016). Del mismo modo, las teorías clásicas no hacen una distinción entre aquellos factores y mecanismos que estarían involucrados en el desarrollo de la ideación suicida y aquellos otros implicados en el tránsito de la ideación a la acción. Por ello, estas teorías están limitadas a la hora de ofrecer explicaciones sobre por qué la mayoría de las personas con ideación suicida nunca se ven involucradas en una tentativa de suicidio (Have et al., 2009; Nock et al., 2008).

El marco teórico de la ideación a la acción suicida (Klonsky et al., 2018) es una perspectiva que abarca todo el espectro suicida y surge con el propósito de resolver las limitaciones mencionadas. Además, para los objetivos de la presente tesis, centrada en exclusiva en la ideación suicida, este punto de vista también resulta relevante, ya que **aporta un conjunto de variables psicológicas y modificables implicadas en el desarrollo de la ideación suicida** (i.e., percepción de ser una carga, pertenencia frustrada, percepción de derrota, percepción de atrapamiento, dolor psicológico y desesperanza), así como variadas propuestas respecto a los **potenciales mecanismos de asociación** a través de los supuestos de las tres teorías de la ideación a la acción (i.e., la teoría interpersonal del suicidio, IPTS, Joiner, 2005; el modelo integrado motivacional-volitivo del suicidio, IMV, O'Connor, 2011, y la teoría de los tres pasos, 3ST, Klonsky y May, 2015).

Acorde a estas teorías, la ideación suicida es predecesora de otras conductas suicidas más graves (Jobes y Joiner, 2019) y es uno de los predictores más fuertes de muerte por suicidio (Franklin et al., 2017). Sin embargo, la vía más común es desde la ideación a la *no* acción suicida (Stritzke y Page, 2020), por lo que la ideación suicida resulta un estado psicológico necesario, y más frecuente que otras conductas suicidas, pero no suficiente para transitar a la acción suicida (Jobes y Joiner, 2019). La ideación *per se*, en ausencia de otras conductas suicidas, es fuente de malestar y sufrimiento para quien la padece y está asociada a una amplia comorbilidad (Jobes y Joiner, 2019; Kleiman et al., 2017; McCarty et al., 2011). En esta tesis, al igual que autores como Kleiman (2020), consideramos que **la ideación suicida en sí**

misma es un objetivo clínico valioso, más allá de ser considerado un síntoma de una etiqueta diagnóstica o un estado asociado con la acción suicida.

Desde la concepción de la ideación suicida como un factor de riesgo suicida o predictor de muerte por suicidio, en numerosas ocasiones, la literatura científica ha conceptualizado la ideación suicida y la intención de acabar con la propia vida como sinónimos (McAuliffe, 2002). Esto no solo ha repercutido en la propia conceptualización de la ideación suicida, sino que, inevitablemente, **los instrumentos de medida también se han orientado a la medición de la intención suicida como medidas genuinas de ideación suicida o su gravedad**. Sin embargo, esta tesis, al igual que McAuliffe (2002), considera que durante el proceso psicológico de la ideación suicida surge (o puede surgir) la intención. En consecuencia, la intención puede ser un constituyente importante de la ideación suicida, pero no el todo de la misma. En coherencia con otros autores (e.g., Anséan, 2014; Fonseca-Pedrero et al., 2019), creemos que existen **expresiones de la ideación suicida que pueden contemplar la acción sin intención de involucrarse en ella**, es decir, no implican intencionalidad (o esta es mínima), como pueden ser los pensamientos de que la vida no merece la pena o las ideas de muerte. Y estos son tan significativos clínicamente como la ideación suicida con intención o activa (Baca-García et al., 2011).

Como se expuso anteriormente, el enfoque de esta tesis va más allá de la comprensión de la ideación suicida como un predecesor de otras conductas suicidas. La consideración de esta como un objetivo clínico valioso por sí mismo, promueve posicionamientos preocupados por **la prevención y el tratamiento de la ideación suicida como causa de malestar y sufrimiento**. Esta tesis

contempla con especial relevancia **las variables psicológicas implicadas en el desarrollo a la ideación suicida como parte constitutiva de la ideación suicida**, con circunspección y sin caer en la ingenuidad de la dificultad que entraña abordar la ideación suicida bajo esta perspectiva. La principal razón es que suponemos que **la ideación suicida es una estructura dinámica y compleja de factores interrelacionados**. Asimismo, creemos que este punto de vista nos permite superar los razonamientos tautológicos y la reificación, al igual que un mejor entendimiento de los mecanismos asociativos entre las variables psicológicas implicadas en el desarrollo a la ideación suicida y la relación de estas variables con el deseo y/o la intención suicida. Del mismo modo, estimamos que esta forma de entender la ideación suicida resulta más eficiente para la prevención y el tratamiento, puesto que orienta a elementos de la ideación suicida específicos y modificables, es decir, **atender a las variables psicológicas que están involucradas en su desarrollo (o más bien constituyentes de la misma) puede reducir el distrés que esta misma ocasiona y, por consiguiente, prevenir otras conductas suicidas consideradas más graves** (e.g., Zuromski et al., 2019).

Fase 1. Adaptar al contexto español las medidas de las variables psicológicas implicadas en el desarrollo de la ideación suicida

Para la consecución del objetivo general, debíamos disponer de instrumentos de medida de las variables implicadas en el desarrollo de la ideación suicida. Sin embargo, en el momento en el que se inició este proyecto, no existían versiones adaptadas al contexto español de las escalas que miden estas variables. Por ello, el primer reto de esta tesis fue **adaptar al contexto español las medidas de percepción de ser una carga, pertenencia frustrada, percepción de derrota, percepción de atrapamiento y dolor psicológico.**

El estudio 1 “*Psychometric properties of the Spanish version of the 12-item Interpersonal Needs Questionnaire in fibromyalgia syndrome patients*” tuvo como objetivos **adaptar al contexto español y analizar las propiedades psicométricas de la versión española del INQ-12 en una muestra de pacientes con fibromialgia.** Para su consecución, en primer lugar se llevó a cabo la **adaptación** según la guía propuesta por Muñiz et al. (2013) y la *International Testing Guidelines on Adapting a Test* (ITC, 2010). Una vez adaptado, se halló evidencias de validez basadas en la estructura interna mediante **un análisis factorial exploratorio y confirmatorio** (con la mitad de la muestra en cada caso). Los resultados del análisis factorial exploratorio mostraron una solución de dos factores acorde a la percepción de ser una carga (7 ítems) y la pertenencia frustrada (5 ítems). Sin embargo, dos ítems (un ítem por cada factor) manifestaron incongruencias (i.e., cargas cruzadas y saturación en dos factores) que ponían en

entredicho las predicciones del modelo teórico. Por consiguiente, estos dos ítems fueron eliminados. El análisis factorial confirmatorio de la versión de 10 ítems del INQ indicó un ajuste adecuado del modelo y unas cargas factorial altas para la percepción de ser una carga y para la pertenencia frustrada. Con relación a la estimación de la **fiabilidad** de las puntuaciones de cada factor, las consistencias internas estimadas mediante el coeficiente alfa de Cronbach y el coeficiente de dos mitades de Spearman-Brown fueron adecuadas. En cuanto a las **evidencias de validez basadas en la relación con otras variables categóricas**, tal y como se esperaba, el grupo de pacientes con fibromialgia mostró puntuaciones totales más altas en percepción de ser una carga y pertenencia frustrada en comparación con un grupo control extraído de la población general. Por último, respecto a **las evidencias de validez basadas en la relación con otras variables continuas**, ambas subescalas correlacionaron con la gravedad de la sintomatología depresiva, la ideación y el riesgo suicida de forma moderada-alta, positiva y estadísticamente significativa. En definitiva, **la versión española del INQ de 10 ítems mostró adecuadas propiedades psicométricas y está en consonancia con el modelo teórico que ampara la medida.**

La obtención de una medida de 10 ítems cuando el propósito era adaptar el INQ-12 podría parecer un inconveniente. Sin embargo, Hill et al. (2015) compararon las cinco versiones del INQ (con 25, 18, 15, 12 y 10 ítems) respecto a su estructura factorial, consistencia interna y evidencias de validez predictiva, con el fin de dilucidar que versión obtiene las mejores propiedades psicométricas y avalar su uso en el ámbito académico y clínico. Los resultados respaldaron el uso de la versión de 15 y 10 ítems por sus consistentes hallazgos con relación a su estructura interna y

evidencia de validez predictiva. De forma similar, un estudio de Quan et al. (2021), que comparó las cinco versiones del INQ en una muestra de adolescentes, concluyó que la versión de 10 ítems proporcionaba una mejor estimación de la fiabilidad, una mayor precisión en la medida (mediante un modelo de TRI) y evidencias de validez más robustas. Por último, la versión de 10 ítems podría considerarse la más adecuada para situaciones donde el tiempo de administración es limitado, como puede ser el contexto clínico.

El estudio 2 “*Adaptación al español de las escalas de derrota y atrapamiento en jóvenes adultos: propiedades psicométricas*” tuvo como objetivos **adaptar al contexto español y analizar las propiedades psicométricas de la escala de derrota y la escala de atrapamiento (interno + externo) en una muestra de jóvenes adultos**. El primer paso para abordar este propósito fue **adaptar al español** las escalas bajo las directrices de la *International Test Commission* (ITC, 2010), lo que permitió obtener dos versiones equivalentes, conceptual y lingüísticamente, a las escalas originales. Posteriormente, con el fin de estudiar la dimensionalidad de las escalas, se dividió la muestra en dos y se realizó **un análisis factorial exploratorio y confirmatorio** con cada una de las submuestras para cada escala. Esta etapa tuvo especial relevancia, ya que tuvimos que atender a dos particularidades.

En el caso de **la escala de derrota**, tres ítems invertidos (ítem 2, 4 y 9) hacen referencia a “la percepción de sentirse ganador/a”, como polo opuesto de la derrota. El análisis factorial exploratorio y **el análisis paralelo** mostró una solución de dos factores, un factor general de derrota y un factor específico que alude a la percepción de sentirse un ganador. Por ende, en el análisis factorial confirmatorio nos

decantamos por configurar un modelo bifactorial (Holzinger y Swineford, 1937), ya que entendemos que estos tres ítems cargan en una dimensión general de derrota, pero por sus características (invertidos y similitud de contenido), sus unicidades podrían conformar una dimensión secundaria o efecto de método. Tal y como esperábamos, los índices de ajuste para este modelo fueron satisfactorios.

Por otro lado, en el caso de **la escala de atrapamiento**, decidimos estudiar la dimensionalidad de la escala incluyendo los ítems que aluden al atrapamiento interno y externo mediante **el análisis factorial exploratorio y el análisis paralelo**. Los resultados de ambos análisis mostraron una solución unifactorial, la cual fue confirmada mediante **un análisis factorial confirmatorio** con un buen ajuste. Este hallazgo no es novedoso en la literatura, otros autores también hallaron resultados coherentes con una dimensión general de atrapamiento, sin atender a su origen (e.g., Siddaway et al., 2015; Taylor et al., 2009). Del mismo modo, en el IMV se conceptualiza el atrapamiento como un todo, aunque se menciona que está conformado por el atrapamiento interno y externo (O'Connor y Kirtley, 2018). En contraposición, el estudio de De Beurs et al. (2019) realizado con jóvenes adultos, identificó al atrapamiento interno como la única dimensión con una asociación robusta con la ideación suicida. No obstante, la técnica aplicada fue diferente (análisis de redes).

Con relación a la **fiabilidad** de las puntuaciones de las escalas de derrota y atrapamiento, ambas obtuvieron excelentes estimaciones mediante el coeficiente alfa de Cronbach, el coeficiente de dos mitades de Spearman-Brown y el coeficiente Omega. Por último, el estudio 2 exploró las **evidencias de validez basadas en la relación con otras variables**. La asociación de la derrota y el atrapamiento con

la ideación suicida fue moderada, positiva y estadísticamente significativa. Igualmente, la relación de ambas escalas con la gravedad de la sintomatología depresiva, la desesperanza y la percepción de ser una carga fue alta, positiva y estadísticamente significativa. En el caso de la pertenencia frustrada, las asociaciones con la derrota y el atrapamiento fueron bajas, positivas y estadísticamente significativas. Estos datos son coherentes con hallazgos anteriores (Dhingra et al., 2016; Panagioti et al., 2013, 2017; Siddaway et al., 2015). Respecto a la asociación entre la derrota y el atrapamiento, destaca la magnitud de esta (cercana a .90), ya que ambos constructos han sido considerados percepciones que describen dos tipos diferentes de juicios psicológicos, una percepción basada en la imposibilidad de alcanzar una meta o un estatus para la derrota y una evaluación continua sobre lo eludible y la disposición de rescate en el contexto o situación en el caso del atrapamiento (Taylor et al., 2011a). No obstante, otros autores (e.g., Sloman et al., 2003; Williams, 1997) apuntan a una mera distinción temporal entre derrota y atrapamiento, es decir, la derrota surge en primer lugar tras una evaluación inicial de la situación y la percepción de atrapamiento, posterior, es dependiente del juicio que se haga sobre la capacidad de resolver el estado de derrota o eludir de la situación aversiva. Igualmente, hay otros autores que consideran que ambos constructos captan la percepción de sentirse impotente o de carecer de capacidad para efectuar cambios, por lo que podrían ser mejor conceptualizados como un único constructo (e.g., Johnson et al., 2008; Taylor et al., 2009). En consonancia con esto, Sturman (2011) propuso que la derrota y el atrapamiento son dimensiones, con cierto grado de superposición, de una construcción de orden superior, la percepción de subordinación involuntaria, lo que explicaría su fuerte relación. En conclusión, con

el fin de aportar evidencia empírica al IMV y en consonancia con lo propuesto por Taylor et al. (2011b), **la presente tesis considera ambos constructos como diferentes, pero altamente interdependientes**. Es decir, **la derrota y el atrapamiento forman un mecanismo de autorreforzamiento donde ambas experiencias se influyen y exacerban mutuamente**. No obstante, esta cuestión no está resuelta y, hoy en día, sigue siendo objeto de debate científico (e.g., Forkmann et al., 2018).

El estudio 3 “*Escala de dolor psicológico: adaptación de la Psychache Scale al español en jóvenes adultos*” tuvo como objetivo **adaptar al contexto español la escala de dolor psicológico y analizar las propiedades psicométricas de esta versión en una muestra de jóvenes adultos**. Al igual que el resto de las escalas adaptadas en la presente tesis (i.e., INQ, DS y ES), la **adaptación al español** de la escala de dolor psicológico se llevó a cabo atendiendo a las directrices de la *International Test Commission* (ITC, 2010) para la adaptación y traducción de test. Con relación a las propiedades psicométricas, previo al estudio de la **dimensionalidad** de la escala, se dividió la muestra en dos subgrupos aleatorios con el mismo número de participantes. Con el primer grupo aleatorizado se realizó **un análisis factorial exploratorio y un análisis paralelo** con el fin de determinar el número de factores a extraer. Ambas técnicas apuntaron a una solución unifactorial que, posteriormente, fue confirmada mediante **un análisis factorial confirmatorio** con el otro grupo aleatorizado. Este hallazgo es acorde a los resultados obtenidos en la versión original de la escala (Holden et al., 2001). No obstante, algunos autores han hallado dos factores (Flamenbaum y Holden, 2008; Mills et al., 2005), pero se estima que es una solución que no tiene interpretabilidad

respecto al contenido, por lo que podría achacarse a un artefacto metodológico relacionado con el cambio en las opciones de respuesta de los últimos cuatro ítems. La estimación de la **fiabilidad** de las puntuaciones de la escala de dolor psicológico mediante el coeficiente alfa de Cronbach, el coeficiente de dos mitades de Spearman-Brown y el coeficiente Omega fue excelente. Por último, respecto a las **evidencias de validez basadas en la relación con otras variables**, en consonancia con los supuestos teóricos de la 3ST (Klonsky y May, 2015) y la teoría del suicidio de Shneidman (1993), así como con otros hallazgos empíricos (Levinger et al., 2015; Shelef et al., 2015; Van Heeringen et al., 2010), el dolor psicológico correlacionó de forma positiva, moderada-alta y estadísticamente significativa con la desesperanza, la gravedad de la sintomatología depresiva, la ideación y el riesgo suicida. En definitiva, a la vista de los resultados satisfactorios obtenidos en **el estudio 3**, podemos concluir que **disponer de una adaptación al español de la escala de dolor psicológico favorece la investigación orientada a la comprensión y predicción de la ideación suicida en nuestro país, así como a la evaluación de las personas dentro del espectro suicida.**

En síntesis, un gran número de personas tienden a infrarreportar sus ideas de muerte o suicidio ante la pregunta explícita sobre su deseo y/o intención, la cual podría considerar amenazante (Hjelmeland, 1996; Mitchell et al., 2019). Por ello, evaluar estas variables podría ser **una vía menos intimidante para indagar en la situación de la persona**. Además, si bien la mayoría de los instrumentos de medida creados para evaluar factores de riesgo suicida tienen un propósito predictivo, la orientación de la evaluación hacia la predicción en exclusiva parece tener un valor clínico limitado (Franklin et al., 2017; Szmukler, 2012). En el caso de

la ideación suicida, un gran número de medidas se orientan hacia la gravedad, en términos de menos o más intención, como el principal predictor de otras conductas suicidas. Sin embargo, el riesgo suicida a largo plazo para las personas que manifiestan ideación suicida pasiva y activa o con declarada intención es similar (Baca-García et al., 2011). Por ello, disponer de instrumentos de medida de las variables psicológicas implicadas en el desarrollo de la ideación suicida permite **extender los propósitos de la evaluación más allá de la predicción, como una parte integral del proceso terapéutico** (Lyons et al., 2000), ya que nos ofrece la oportunidad de profundizar en la experiencia de las personas, sus necesidades terapéuticas y sus angustias (Perlman y Neufeld, 2014). Esta perspectiva es coherente con la consideración de la ideación suicida como un objetivo clínico valioso *per se* (Kleiman, 2020) y nos permite **intervenir sobre estas variables modificables para contribuir en la mejora de la situación actual del paciente y, por ende, del potencial riesgo suicida** (Chu et al., 2015; Joiner et al., 2009a), así como **comprender la ideación suicida con mayor precisión, más allá de la intención e independientemente de la presencia y/o tipo de diagnóstico psicopatológico.**

Fase 2. Conceptualizar la ideación suicida como una red psicológica constituida por las variables implicadas en su desarrollo

El estudio 4 “*Ideation-to-action framework variables involved in the development of suicidal ideation: a network analysis*” tuvo como objetivo **explorar la estructura y propiedades dinámicas de una red de ideación suicida constituida por las variables psicológicas modificables e implicadas en su desarrollo, según las teorías de la ideación a la acción suicida** (IPTS, Joiner, 2005; IMV, O’Connor, 2011; 3ST, Klonsky y May, 2015), y un indicador de la gravedad de la ideación suicida (el ítem 9 del BDI-II). Sin perder de vista la complejidad de esbozar una red de ideación suicida que abarque todos aquellos nodos que pueden ser primordiales entendemos, al igual que Borsboom (2017), que es preferible partir de **una red parsimoniosa**, en la cual se pueda asentar otros constituyentes en investigaciones venideras, que modelos excesivamente complejos y con inserciones injustificadas o débilmente justificadas. Consideramos que la elección de variables que constituyen nuestra red de ideación suicida es idónea, principalmente, porque **da cabida a las expresiones o manifestaciones de ideación suicida con y sin intención** (i.e., pensamientos de muerte, deseos de muerte y pensamientos suicidas), atendiendo a la gravedad del deseo como un elemento más de la ideación suicida y sin descartar la futura inclusión de nuevas variables o propiedades como constituyentes de este sistema.

El principal hallazgo del estudio 4 es que **las variables psicológicas implicadas en el desarrollo de la ideación y la gravedad del deseo suicida**

conforman una constelación de variables interrelacionadas, a excepción de la pertenencia frustrada. Resulta llamativo que, a pesar de que la muestra está formada por adultos jóvenes de la población general, aparentemente sanos en su mayoría, **la red muestra una fuerte interrelación entre los nodos**, lo que refleja una alta sincronización y, por ello, una alta probabilidad de que la activación de un elemento active los demás; así como un potencial mantenimiento de este sistema por la retroalimentación entre las variables, incluso en ausencia del estímulo o evento que lo desencadenó (Borsboom, 2017).

Atendiendo a la conceptualización de cada una de las variables psicológicas incluidas en la red, así como que todas ellas han mostrado en la literatura su implicación en el desarrollo del deseo suicida, esperábamos una alta interrelación entre ellas. Sin embargo, en el caso de **la desesperanza** solo encontramos una fuerte relación con la derrota y, débilmente, con el atrapamiento y la percepción de ser una carga. Dado que el metaanálisis de Franklin et al. (2017) posicionó la desesperanza como el segundo predictor más fuerte de ideación suicida (después de la ideación suicida previa), vaticinábamos una posición más central en la red y/o una relación directa con la intención. Quizás, **el rol periférico de la desesperanza** podría explicarse por la fuerte asociación entre la subescala de pérdida de motivación de la escala de desesperanza de Beck (Beck et al., 1974) y la escala de derrota (Gilbert y Allan, 1998), ya que ambas captan un contenido similar (con ítems muy parecidos) y comparten desencadenantes (e.g., lucha social fallida o comparación social). Del mismo modo, según la IPTS (Joiner, 2005; Van Orden et al., 2010), la desesperanza es una variable importante en el desarrollo de la ideación suicida, pero cuando se han testado los supuestos de la IPTS, la inclusión de una medida de desesperanza

general ha resultado ser ineficaz (Chu et al., 2017). Esto podría deberse a que, según la IPTS y algunos autores (Mandracchia et al., 2019; Tucker et al., 2018), la desesperanza que incrementa el deseo suicida es aquella que refiere a los aspectos interpersonales de la teoría (i.e., percepción de ser una carga y pertenencia frustrada) y no una medida general de la misma.

Respecto a la relación entre **la derrota y el atrapamiento**, sabemos que la alta magnitud de su asociación es objeto de estudio en la literatura más reciente (e.g., Forkmann et al., 2018). A pesar de que el IMV (O'Connor, 2011) postula que la derrota precede al atrapamiento (relación moderada por un conjunto de variables afines a la habilidad de resolver el estado de derrota), hay hallazgos como los de Rasmussen et al. (2010) que encuentran un incremento de la derrota ante la situación de sentirse atrapado, lo que sugiere que la incapacidad de eludir la situación aversiva exacerbe los sentimientos de impotencia o percepción de derrota. En coherencia con lo anterior, así como con el enfoque de redes, creemos que **la derrota y el atrapamiento forman un mecanismo de autorreforzamiento donde ambas experiencias se influyen y exacerban mutuamente, lo que explicaría la destacada relación en nuestra red.**

Asimismo, según Van Orden et al. (2010), **la percepción de ser una carga** está compuesta por dos facetas: la creencia de que estoy tan defectuoso/a que soy un lastre para los demás y el odio a sí mismo/a. Por tanto, parece razonable que percibirse como una carga (para mí mismo/a o los demás) repercuta en la percepción de sentirse humillado/a o derrotado/a. Bajo esta misma lógica, sentirse humillado/a o derrotado/a podría incrementar el odio que uno/a puede tenerse a sí mismo/a y potenciar la creencia de ser un lastre para los demás. Según Koivumaa-Honkanen et

al. (2001) las personas con un alto grado de percepción de ser una carga (y pertenencia frustrada) podrían carecer de faltas de apoyo social y sentirse solas. Por ello, **la percepción de ser una carga en personas que se sienten atrapadas podría menoscabar la posibilidad de vislumbrar una alternativa y posiblemente acentúe la ausencia de rescate, reafirmando el suicidio como vía de escape** (O'Connor y Kirtley, 2018). En sentido contrario, **si la persona no concibe una alternativa a su situación (i.e., percibirse atrapado), difícilmente puede aceptar que su existencia pueda contribuir a su contexto social y, potencialmente, agrave el repudio a sí mismo.**

Con relación a la asociación entre **el dolor psicológico** y las variables del IMV (i.e., derrota y atrapamiento), según la 3ST (Klonsky y May, 2015), la derrota y el atrapamiento podrían ser fuente de dolor psicológico. Además, **la derrota y el dolor psicológico encuentran similitudes conceptuales** en cuanto a que ambas hacen referencia a una valoración negativa de la incapacidad o deficiencia del yo (Meerwijk y Weiss, 2011; O'Connor, 2011). Sin embargo, **la percepción de derrota se entiende como una experiencia más ligada a la situación que la desencadena, en contraposición a la experiencia cronificada, insoportable, generalizada y, en definitiva, más agravada que caracteriza al dolor psicológico.** De la misma forma, el atrapamiento está más orientado a una evaluación sobre la imposibilidad de escapar o evitar la situación aversiva y **el dolor psicológico puede capturar el aspecto más emocional del atrapamiento,** potenciando el deseo de escapar y la impotencia de no poder

eludir una situación que se considera dolorosa e insoportable (Bloch-Elkouby et al., 2020).

Respecto a **la pertenencia frustrada** y su independencia con la red de ideación suicida obtenida, una revisión sistemática de Ma et al. (2016) halló que el 60% de los estudios examinados, en contraposición a los supuestos de la IPTS (Joiner, 2005; Van Orden et al., 2010), no encontraban asociación entre la pertenencia frustrada y la ideación suicida. Ma et al. (2016) aluden a la necesidad de clarificar si esto puede deberse a que: a) su efecto se vea ensombrecido por otras variables, b) la IPTS solo funcione en un conjunto específico de individuos o c) el INQ no capture de forma adecuada el constructo. Desafortunadamente este estudio no puede clarificar las razones, pero el hallazgo parece coherente con una parte importante de la literatura.

Otro objetivo del **estudio 4** fue explorar **la relación entre la gravedad del deseo suicida y las variables psicológicas implicadas en el desarrollo de la ideación suicida**. Los hallazgos son coherentes con la idea de que **la gravedad de la ideación suicida es un nodo relevante en la red**, así como que **todos los nodos**, a excepción de la pertenencia frustrada, **están involucrados en la gravedad de la ideación suicida de forma directa o indirecta**. Asimismo, nuestra red también mostró que **la activación del deseo suicida puede ser alcanzada por diferentes vías**, lo que se conoce como equifinalidad (Fonseca-Pedrero y Pérez-de-Albéniz, 2020). A pesar de la labilidad del deseo suicida (McAuliffe, 2002), y de que hemos conformado una red parsimoniosa y exclusivamente psicológica en población no clínica, el porcentaje de

varianza de la gravedad del deseo suicida que se consigue explicar por el resto de los nodos no fue desdeñable (32%).

Del mismo modo, **al menos una variable clave de cada teoría de la ideación a la acción suicida tuvo una relación directa con la gravedad de la ideación** (i.e., percepción de ser una carga, la derrota y el dolor psicológico). No obstante, bajo los supuestos del IMV, resulta incongruente que sea la derrota y no el atrapamiento la variable directamente relacionada con el deseo suicida (a pesar de que este hallazgo esté en consonancia con trabajos como los de Siddaway et al., 2015). Una posible explicación es que el efecto directo del atrapamiento haya quedado ensombrecido por la percepción de ser una carga, la derrota y el dolor psicológico. Igualmente, otra posible justificación, la cual no excluye la anterior, la podemos encontrar en que la derrota y el atrapamiento se midieron simultáneamente, por lo que, si aceptamos la hipótesis de que la derrota precede temporalmente al atrapamiento (O'Connor, 2011; O'Connor y Kirtley, 2018; Sloman et al., 2003; Williams, 1997), así como que nuestra muestra no es clínica (lo que sugiere una menor exacerbación o desarrollo de la sintomatología), las puntuaciones de atrapamiento pudieron someterse a una restricción de rango que podría estar mermando esta supuesta relación (O'Connor y Kirtley, 2018).

Además, el **estudio 4** evaluó **la centralidad de los nodos en la red de ideación suicida**. Una característica valiosa del análisis de redes es que nos permite elucidar sobre la función e importancia de aquellos síntomas específicos que están más involucrados en la propagación y el mantenimiento del sistema (Borsboom, 2017). En términos de riesgo, los síntomas centrales son los más peligrosos (Borsboom, 2013). En contraposición a los síntomas más periféricos, la

activación de un síntoma central aumenta la probabilidad de activar un gran número de otros síntomas (Borsboom, 2017). Por ello, estos nodos adquieren una gran relevancia clínica como objetivo terapéutico, ya que una rápida intervención focalizada en los síntomas centrales podría limitar el progreso hacia la psicopatología (Borsboom, 2013). En nuestra red, **la derrota fue el nodo más central** y al que se le estima una mayor influencia en el sistema. Tras la derrota, los dos nodos que más influyeron en la red fueron el dolor psicológico y el atrapamiento, con una influencia similar.

Una vez identificados los nodos que constituyen la red de ideación suicida, explorar sus relaciones y puntualizar en aquellos nodos que son más centrales, **¿cómo se intervendría bajo esta perspectiva?** De acuerdo con Borsboom (2017), hay tres maneras de intervenir en la red: a) **directamente sobre nodos concretos**, poniendo énfasis en los nodos más centrales de la red; b) **sobre los estímulos desencadenantes y externos de la red**, es decir, aquellas variables o eventos que repercuten en la activación de los nodos; y, c) **sobre la propia red a través de una terapia psicológica** que aporte al individuo habilidades para lidiar con su situación y limite la asociación entre nodos. Respecto a los estímulos desencadenantes, en el caso de nuestra red de ideación suicida, algunos ejemplos de situaciones o variables que podrían aumentar la probabilidad de desarrollar la percepción de ser una carga son el encarcelamiento, la mendicidad, el desempleo, padecer una enfermedad física, la baja autoestima, la culpa o los conflictos familiares (Van Orden et al., 2010). En el caso de la derrota y el atrapamiento, la fase pre-motivacional del IMV propone un conjunto de variables que influyen en los constructos de la fase motivacional y volitiva (O'Connor y Kirtley, 2018). En

términos generales, el IMV destaca la diátesis, entendida como un conjunto de factores cognitivos, genéticos o biológicos que suponen una vulnerabilidad ante la adversidad, tales como el perfeccionismo socialmente prescrito (Hewitt y Flett, 1991) o la sensibilidad al dolor emocional (Kirtley et al., 2015). Del mismo modo, el IMV también subraya variables contextuales como la desigualdad socioeconómica (e.g., Platt, 2016) o los rápidos cambios sociales (Chang et al., 2013), así como los eventos vitales adversos a cualquier edad, con especial atención a las edades tempranas (e.g., McLaughlin et al., 2012). Por último, según la 3ST, las fuentes de dolor psicológico pueden ser variadas e incluyen desde la exclusión social (Williams et al., 2000) hasta el sufrimiento físico (Ratcliffe et al., 2008). En síntesis, podemos observar que **algunas situaciones, eventos y características personales, externas a la red de ideación suicida, pueden influir en el sistema a través del efecto que producen en uno o más nodos.** Atender a estos estímulos desencadenantes podría constituir una medida de prevención adecuada con el fin de limitar la activación y propagación del sistema. Del mismo modo, las personas que se encuentran en una fase más desarrollada de la red podrían verse beneficiadas de una intervención que combine el tratamiento específico de síntomas y la intervención más general en la red a través de terapia psicológica (Borsboom, 2017).

Por último, una contribución importante del análisis de redes es que permite **el refinamiento de modelos explicativos ya existentes** (Fonseca-Pedrero y Pérez-de-Albéniz, 2020). Si tomamos en consideración la abundante evidencia empírica del IMV (e.g., Branley-Bell et al., 2019; Dhingra et al., 2016; Li et al., 2020; Lucht et al., 2020), su fundamentación en el modelo clásico de diátesis-estrés (Fonseca-Pedrero y Pérez-de-Albéniz, 2020; O'Connor y Kirtley, 2018), el cual, en

gran parte, podría ser consistente con la propuesta del análisis de redes sobre cómo influyen los estímulos, eventos o características desencadenantes en la activación de la red; su propósito de articular un gran conjunto de elementos de otras teorías del suicidio (e.g., percepción de ser una carga y pertenencia frustrada), así como el rol central de los elementos más nucleares del modelo (i.e., derrota y atrapamiento) en nuestra red; creemos adecuado **posicionarnos en la fase motivacional del IMV con el objetivo de ahondar en el rol de cada variable y los mecanismos por los cuales las variables implicadas en el desarrollo de la ideación suicida se relacionan entre sí y con la gravedad del deseo suicida.**

Fase 3. Comprobar el supuesto teórico del IMV que articula las variables del IPTS

El anterior estudio (**estudio 4**) reveló que la percepción de ser una carga estaba fuertemente asociada con los nodos de atrapamiento y deseo suicida. Por ello, el **estudio 5** “*Frustrated interpersonal needs as a motivational moderator in the integrated motivational-volitional model*” tuvo como objetivo **explorar el efecto moderador de la interacción percepción de ser una carga y pertenencia frustrada en la relación entre el atrapamiento y la gravedad de la ideación suicida en una muestra de jóvenes adultos**. Respecto a los principales hallazgos de nuestro estudio, en coherencia con la red del **estudio 4**, la interacción entre la percepción de ser una carga y el atrapamiento resultó estadísticamente significativa, lo que puede interpretarse como un efecto moderador de la percepción de ser una carga en la relación entre el atrapamiento y la ideación suicida. Este resultado se contrapone a los hallazgos de Forkmann y Teismann (2017) y al supuesto teórico del IMV (O’Connor y Kirtley, 2018), aunque es acorde a los resultados que muestran el estudio longitudinal de Wetherall et al. (2021), en el cual examinaron los predictores de ideación suicida a los 12 meses en una muestra de adultos jóvenes y concluyeron que atrapamiento (interno) y percepción de ser una carga son los mejores predictores. Del mismo modo, **al comprobar el efecto moderador de la interacción percepción de ser una carga y pertenencia frustrada, hallamos un efecto estadísticamente significativo y coherente con la propuesta teórica del IMV** (O’Connor y Kirtley, 2018). Este resultado encuentra aval empírico en dos trabajos publicados en el mismo año que **el estudio**

5. En China, Li et al. (2020) examinaron el rol moderador de cada una de las necesidades interpersonales frustradas de forma independiente. En este caso, en contraposición a los hallazgos de Forkmann y Teismann (2017) y el supuesto del IMV (O'Connor y Kirtley, 2018), se encontraron efectos de moderación de la percepción de ser una carga, consistente con los resultados de nuestro estudio, y de la pertenencia frustrada, efecto no hallado en el **estudio 5**. En Alemania, Lucht et al. (2020) comprobaron el rol moderador de la interacción de ambas necesidades interpersonales frustradas en la relación atrapamiento-ideación suicida en una muestra de pacientes hospitalizados en unidad psiquiátrica por tentativa o crisis suicida. Sus resultados fueron favorables al rol moderador de percepción de ser una carga y pertenencia frustrada (en conjunto) en la relación entre atrapamiento e ideación suicida. Este resultado también fue favorable cuando se utilizó las puntuaciones de las dos subescalas de atrapamiento (i.e., externo e interno) como variables predictoras. **En síntesis, los hallazgos del estudio 5 son congruentes con la suposición de que la frustración de las necesidades interpersonales (i.e., percepción de ser una carga y la pertenencia frustrada, de forma conjunta) en jóvenes adultos que se perciben atrapados/as podría coartar la consideración de alternativas que solventen el distrés psicológico y potencien la carencia de rescate, reafirmando y/o fomentando el deseo de suicidarse como vía de escape (O'Connor y Kirtley, 2018).**

Fase 4. Ampliar el contexto teórico del IMV para la inclusión del dolor psicológico y la evitación experiencial

En nuestro análisis de redes (**estudio 4**), el dolor psicológico también mostró una asociación directa con el deseo suicida y el atrapamiento. En el contexto del IMV, este hallazgo podría hacer referencia a un potencial rol moderador del dolor psicológico en la relación atrapamiento-ideación suicida. Sin embargo, a pesar de que la literatura sitúa al dolor psicológico como una variable significativa en el desarrollo de ideación suicida (e.g., Ducasse et al., 2018; Siddaway et al., 2015; Troister y Holden, 2013), **el IMV no incluye al dolor psicológico en ninguna fase del modelo** (O'Connor, 2011). Apostar por la inclusión del dolor psicológico al IMV parece justificado, puesto que el dolor psicológico constituye un elemento clave en modelos clásicos del suicidio (e.g., el modelo cúbico del suicidio; Shneidman, 1987; la teoría del dolor psicológico; Shneidman, 1993) y en teorías recientes (e.g., 3ST; Klonsky y May, 2015). Asimismo, ha mostrado ser un factor importante de riesgo suicida en personas con y sin diagnóstico psicopatológico (e.g., Rizvi et al., 2017; Verrocchio et al., 2016) y está más fuertemente asociado a la ideación suicida que la depresión y la desesperanza (e.g., Flamenbaum y Holden, 2007; Troister y Holden, 2010). Por ello, el **estudio 6** “*Entrapment and psychological pain as proximal variables of suicidal ideation: study of moderation*” tuvo como objetivo **explorar el rol moderador del dolor psicológico en la relación atrapamiento-ideación suicida**. El principal hallazgo de este estudio fue congruente con la hipótesis sobre **el rol moderador del dolor psicológico en el IMV**. Del mismo modo, los resultados son coherentes con las teorías que

sitúan al atrapamiento (IMV, O'Connor, 2011; grito de dolor, Williams, 1997) y al dolor psicológico (3ST, Kirtley y May, 2015; modelo cúbico del suicidio, Shneidman, 1987) como variables relevantes en el desarrollo del deseo suicida. En definitiva, según nuestros resultados, si entendemos el suicidio como una vía de escape (e.g., Baumeister, 1990; IMV, O'Connor y Kirtley, 2018), **el deseo de suicidarse podría surgir de la condición psicológica en la cual interactúan una experiencia interna aversiva, insoportable y duradera** (i.e., dolor psicológico), **que se pretende eludir y no se contempla alternativa que la evite** (i.e., atrapamiento), **posiblemente debido a la falta de agencia y a la ausencia de rescate** (i.e., frustración de las necesidades interpersonales).

Hasta ahora, **los estudios 5 y 6** se han focalizado en **los moderadores motivacionales** del IMV, es decir, aquellos circunscritos a la relación atrapamiento-ideación suicida. Sin embargo, como ya hemos mencionado, el IMV (O'Connor, 2011; O'Connor y Kirtley, 2018) también contempla un conjunto de moderadores implicados en la relación derrota-atrapamiento. Si bien el modelo considera que la derrota precede al atrapamiento, supone que este paso no es inevitable y está moderado por **un conjunto de variables implicadas en la habilidad para resolver la percepción de derrota y/o humillación**. Algunos moderadores propuestos por el IMV son la rumiación (Morrison y O'Connor, 2008) o el déficit percibido en la habilidad para resolver problemas (e.g., Chu et al., 2017).

El **estudio 7** “*Experiential avoidance in the context of the integrated motivational-volitional model of suicidal behaviour: A moderation study*” tuvo como objetivo **explorar el rol de la evitación experiencial en la relación entre la derrota y el atrapamiento**. En cuanto a los resultados, a pesar de la

interdependencia de la derrota y el atrapamiento, la evitación experiencial contribuyó de forma significativa a explicar la variabilidad del atrapamiento en presencia de la derrota. Igualmente, **los hallazgos confirman un efecto de interacción compatible con el rol moderador de la evitación experiencial en la relación derrota-atrapamiento**. Por esta razón, creemos que la derrota puede ser considerada una experiencia interna aversiva que se desea resolver o eludir y **el uso de la evitación experiencial como “estrategia para la resolución” de la percepción de derrota solo agravaría esta situación, lo que repercutiría en una limitación de la agencia e intensificaría la impotencia para cambiar aspectos de uno mismo, reduciendo así las opciones de escape (i.e., atrapamiento)**. Si bien podemos considerar que la evitación experiencial es un factor más acorde a la fase pre-motivacional del modelo, ya que podría influir de forma directa o indirecta en otras variables del IMV, nos decantamos por posicionarla como moderador de la relación derrota-atrapamiento por su potencial implicación en la (no) resolución del estado de derrota.

Asimismo, tal y como afirman Chiles y Strosahl (2005), y coherente con la concepción del suicidio como un escape (Baumeister, 1990; O'Connor y Kirtley, 2018), las personas que manifiestan conductas del espectro suicida pueden hacer uso de la evitación experiencial para retomar el control de su experiencia interna aversiva. Sin embargo, estas no pueden controlarse de forma deliberada, por lo que tienden a ampliar el repertorio a conductas más extremas y menos reflexivas con el fin de obtener control sobre estas experiencias. Por ello, la conducta suicida también podría ser considerada una forma extrema de evitación experiencial y podría repercutir de forma directa o indirecta en la gravedad, la frecuencia y la falta de

controlabilidad del deseo suicida (Chiles y Strosahl, 2005; Kerkhof y van Spijker, 2011).

Los hallazgos de este estudio enfatizan la necesidad de evaluar el nivel de evitación experiencial en personas con un alto grado de derrota. Igualmente, en consonancia con los resultados de la literatura sobre la asociación entre evitación experiencial e ideación suicida (e.g., Chou et al., 2018; Ellis y Rufino, 2016; Pettit et al., 2009), así como la estimada influencia de la evitación experiencial sobre otras variables del IMV y/o nodos de la red del **estudio 4**, extendemos la sugerencia de evaluar la evitación experiencial a todas las personas involucradas en alguna conducta suicida. Por último, la evitación experiencial podría representar un objetivo clínico en personas con ideación suicida. Las intervenciones psicológicas orientadas a la evitación experiencial (véase la terapia de aceptación y compromiso, ACT; Hayes et al., 2012) podrían reducir la estrategia evitativa y reducir la propagación (como intervención temprana) de los síntomas que constituyen la red de ideación suicida o el decaimiento de la magnitud de las asociaciones entre los nodos. La aplicación de ACT ya ha mostrado eficacia en la reducción de la intensidad de la ideación suicida en veteranos con sintomatología depresiva e ideación suicida (Walser et al., 2015). Asimismo, la ACT, como terapia alternativa o complementaria a los tratamientos basados en la cognición (e.g., terapia cognitivo-conductual), también podría incidir de forma directa en otros elementos constituyentes de la red, como es el caso del dolor psicológico (Patterson y Holden, 2012).

Limitaciones y líneas futuras de investigación

Como todo trabajo de investigación, la presente tesis doctoral no está exenta de limitaciones. En primer lugar, el proyecto requirió de una medida de gravedad de la ideación suicida, en términos de más deseo y/o intención, con el fin de obtener evidencias de validez basadas en la relación con otras variables (en los estudios de propiedades psicométricas), como constituyente de la red de ideación suicida y para la comprobación de los supuestos teóricos e hipótesis planteadas en el contexto del modelo integrado motivacional-volitivo (IMV; O'Connor, 2011). Sin embargo, aunque la gravedad de la ideación es la dimensión más común de todas las medidas de ideación suicida, una gran parte de instrumentos autoadministrados disponibles en la literatura no se circunscriben meramente a esta, lo que podría captar variabilidad indeseada para este propósito. Del mismo modo, exceptuando la escala Paykel (Fonseca-Pedrero et al., 2018) o la escala Columbia para evaluar el riesgo de suicidio (Al-Halabi et al., 2016), los instrumentos para medir la ideación suicida, en general, no han sido adaptados ni han mostrado análisis de propiedades psicométricas para el contexto español más allá de traducciones al español, como la escala de ideación suicida de Beck (Rodríguez-Pulido y González de Rivera, 2000). Por ello, nos decantamos por **el uso del ítem 9 del inventario de depresión de Beck** (BDI-II; Beck et al., 1996; Sanz y García-Vera, 2013) con el fin de obtener un indicador de la gravedad de la ideación suicida “puro” y sencillo. No obstante, somos conscientes de las **limitaciones adheridas a utilizar indicadores de un solo ítem**. Principalmente, un único ítem no representa de forma adecuada el contenido de constructos complejos como la ideación suicida. Asimismo, un solo ítem no

permite una evaluación adecuada de sus propiedades psicométricas en estudios transversales, ya que, por ejemplo, la estimación de su fiabilidad requiere un diseño test-retest. Ahora bien, el uso de este indicador es muy frecuente en la literatura (e.g., Badiee et al., 2012; Choi et al., 2015; Granö et al., 2015; Kanzler et al., 2012; Pettit et al., 2009) y tiene una reputada validez concurrente con la escala de ideación suicida de Beck (Beck et al., 1997). Igualmente, consideramos que la escala Paykel (Fonseca-Pedrero et al., 2018; Paykel et al., 1974) podría haber sido una medida adecuada para evaluar el deseo suicida por su sencillez y la forma en la que gradúa la gravedad a través de sus 4 primeros ítems, pero su publicación coincidió con la recogida de datos en marcha y su adaptación y el análisis de las propiedades psicométricas está acotado a adolescentes.

Otra potencial limitación es que la selección de **la muestra** de los estudios llevados a cabo en esta tesis **no fue aleatoria**. Esto podría afectar a **la generalización de los hallazgos**. Para atenuar esta limitación, a excepción de los estudios de propiedades psicométricas, se fijaron unas cuotas de sexo, edad y nivel educativo acorde a los jóvenes adultos de la población española y se obtuvieron tamaños muestrales considerables. Respecto a los estudios de adaptación (**estudio 1, 2 y 3**), **el tipo de muestreo fue incidental** y, debido a que el muestreo se llevó a cabo a través de las asociaciones españolas de pacientes con fibromialgia, el análisis de las propiedades psicométricas de la adaptación al español del INQ también podría verse afectada por **un sesgo de cobertura**. Además, **la ausencia del análisis de propiedades psicométricas del INQ en una muestra de adultos jóvenes españoles** es una limitación notable que debe solventarse en el futuro, así como la obtención de evidencias empíricas sobre el funcionamiento de nuestras

adaptaciones en población clínica. Con este fin, se podría implementar el análisis de **la invarianza factorial** con diferentes grupos (e.g., los jóvenes adultos, la población general y la población clínica con y sin alto riesgo suicida), así como **el estudio del comportamiento diferencial de ítems (DIF)**, como otra alternativa con propósito similar. Por último, en estos tres primeros estudios, **el tamaño muestral reducido podría comprometer la estabilidad y generalización de las soluciones de los análisis factoriales**. Sin embargo, los criterios clásicos sobre la idoneidad de la muestra en el análisis factorial (i.e., una muestra total diez veces superior al número de ítems, Velicer y Fava, 1998; o la proporción 5 personas por ítem y tamaño muestral mayor de 100 participantes, Gorsuch, 1983) no tienen una base empírica sólida que avalen su uso (Ferrando y Anguiaga, 2010). Actualmente, las recomendaciones sobre el tamaño muestral en el análisis factorial (Lloret-Segura et al., 2014) sugieren un tamaño de 150-200 casos, e incluso se estiman que 100 casos podrían ser suficientes siempre y cuando las saturaciones sean superiores a ,70 y haya un número considerable de ítems por factor (≥ 3), como es común en los hallazgos de nuestros estudios. En definitiva, los hallazgos de los estudios de adaptación y análisis de las propiedades psicométricas podrían verse mejorados si **en futuros estudios disponemos de tamaños muestrales más grandes que consoliden las soluciones factoriales resultantes, muestras provenientes de diferentes poblaciones, y la aplicación de muestreos aleatorios en pos de la generalización de nuestros resultados y la evitación de potenciales sesgos**.

Otra limitación destacable es que todos nuestros estudios tuvieron **un diseño transversal**. Esto supone una limitación importante en aquellos trabajos

que tienen como objetivo comprobar los supuestos del IMV (**estudio 5, 6 y 7**), ya que este modelo propone una direccionalidad concreta a la relación entre variables. El diseño transversal **no permite establecer asociaciones en términos de causalidad, ni permite captar la fluctuación temporal que se le estima a estas variables**. Por ende, rogamos prudencia en la interpretación de los hallazgos de estos estudios. **En el futuro, trabajos contextualizados en el marco teórico del IMV podrían optimizarse a través de diseños longitudinales o evaluación ecológica momentánea**, los cuales permitirían una mejor comprensión del comportamiento de las variables y clarificar las fluctuaciones temporales y la supuesta secuencialidad/tránsito de la relación derrota-atrapamiento; todo esto en el ambiente natural del participante, en tiempo real y con un conjunto de medidas repetidas en un intervalo de tiempo predeterminado. Además, **el IMV podría ser depurado con estudios que incluyan la amplia gama de moderadores propuestos por el modelo** para la relación derrota-atrapamiento y/o la relación atrapamiento-ideación suicida, ya que nos posibilita evaluar la influencia de estos en presencia del resto y si alguno pierde su influencia bajo esta situación.

Del mismo modo, **el diseño transversal en el análisis de redes (estudio 4)** asume que: a) los síntomas operan en la misma escala de tiempo, b) las asociaciones entre síntomas son simétricas y, c) los efectos intersintomáticos ocurren en el mismo periodo (Robinaugh et al., 2020). Sin embargo, **algunos nodos pueden aparecer en diferentes momentos** (e.g., derrota y atrapamiento), **la relación entre dos nodos puede ser asimétrica** (e.g., desde el dolor hacia la evitación pueden tener una relación positiva, pero desde la evitación

hacia el dolor puede ser negativa temporalmente, de ahí el reforzamiento negativo de la evitación) y **las asociaciones entre los nodos de una red pueden diferir en el marco temporal en el que se circunscribe su influencia** (e.g., minutos, días, semanas, e incluso años). Por ello, la **aplicación de diseños longitudinales** al análisis de redes (e.g., Miers et al., 2020) debería suponer **una mejor comprensión de la complejidad psicopatológica** (especialmente de aquellos trastornos que tienen un comportamiento cíclico o una evolución más lenta, como los trastornos del desarrollo), **la exploración de la consistencia de la estructura y dinamismo de la red a lo largo del tiempo y la optimización en la precisión de las predicciones que derivan del análisis empírico de redes** (Borsboom, 2017; Robinaugh et al., 2020).

En definitiva, los hallazgos de la presente tesis y la reflexión sobre las limitaciones aquí encontradas sugieren una línea de investigación preocupada por **ahondar en el contenido de las escalas, su diferenciación factorial y el valor añadido de cada variable en la explicación y predicción del deseo suicida**. Especialmente, debido a **la alta magnitud de las asociaciones y posibles superposicionamientos en la definición** (e.g., derrota-dolor psicológico) **y/o la operativización** (e.g., los ítems de la escala de derrota y los ítems de la subescala de desesperanza que evalúa la pérdida de motivación) **de algunas variables implicadas en el desarrollo del deseo suicida**.

Además, esta línea de investigación también insiste en **la necesidad de una metodología común para la selección de datos dirigidos al análisis de redes y estrategias psicométricas orientadas a la medición idónea de los componentes de la red** (Robinaugh et al., 2020). Asimismo, todos los estudios

desarrollados en la tesis se han basado en un modelo de medida centrado en las personas, es decir, **la teoría clásica de test (TCT)**. Sin embargo, esta línea de investigación propone extender el refinamiento de las medidas presentes en esta tesis a través de los **modelos de la teoría de respuesta al ítem (TRI)**. Esto supone ventajas metodológicas tales como la medida conjunta de personas e ítems, la obtención de propiedades psicométricas no dependientes de la muestra a la que se le administre la medida, así como la evaluación de la contribución específica de cada ítem en el continuo o el rendimiento de las opciones de respuesta. Este tipo de estudios ya se han llevado a cabo con el INQ (e.g., El-Behadli et al., 2018; Upegui-Arango et al., 2020). Con relación a la medida, el fin último de esta línea de investigación es la **construcción de un instrumento de medida ajustado a la conceptualización de la ideación suicida como una red que incluya aquellos nodos que han mostrado o muestren adecuada pertenencia a esta**. Creemos que atender a las variables implicadas en su desarrollo (así como a otras características de la ideación suicida como su gravedad, frecuencia, controlabilidad, etc.) permitirá una mejor comprensión de la situación personal y una prevención/intervención orientada a los constituyentes concretos.

Por su parte, este primer análisis de redes podría considerarse el inicio de **un proceso exploratorio e iterativo que acabe consolidando una estructura replicable y generalizable a diferentes poblaciones**, así como **la inclusión de nuevos elementos constitutivos** como la evitación experiencial. En búsqueda de la adquisición de robustez empírica que avale el desarrollo de teorías desde el contexto de redes, esta línea de investigación considerará **la implementación de los avances computacionales y metodológicos que**

surjan en este contexto de redes y propondrá la realización de estudios comparativos entre redes de diferentes poblaciones y con diferente grado de ideación suicida, esperando una mayor conectividad en aquellos grupos con una mayor intensidad o persistencia de la ideación suicida. Finalmente, el análisis de redes apunta a un rol importante de **los nodos centrales** en la propagación de síntomas, en la predicción (en comparación con nodos más periféricos) y en los cambios de magnitud de las asociaciones del resto de síntomas al intervenir estos nodos. No obstante, la evidencia empírica aún es modesta y requiere estudios con **diseño pre-post que contemplen una intervención orientada a estos nodos para evaluar los efectos que tienen en la estructura de la red**. En conclusión, los modelos de redes representan un enfoque innovador sobre la conceptualización y la medida de la psicopatología con una prometedora y rápida evolución. A pesar de las limitaciones actuales y de encontrarse todavía en una fase de “refinamiento”, este enfoque proporciona **información valiosa sobre la relación entre las partes que conforman un todo, y nos brinda un marco teórico y metodológico donde organizar los hechos empíricos disponibles** (Borsboom, 2017).

Capítulo 6. Contribuciones principales

“Habló de suicidarse durante años. Nadie le creyó jamás. Cuando vino a vernos a Leone y a mí comiendo cerezas, y los alemanes tomaban Francia, ya entonces hablaba de ello. No por Francia, no por los alemanes, no por la guerra que estaba arrasando Italia. Tenía miedo de la guerra, pero no lo suficiente como para suicidarse a causa de ella. Sin embargo, siguió temiendo a la guerra, incluso después de que esta hubiera terminado hace tiempo: como, de hecho, lo teníamos todos. Porque esto nos pasó a nosotros, que en cuanto terminó la guerra, inmediatamente volvimos a tener miedo de una nueva guerra, y a pensar en ello todo el tiempo. Y temía una nueva guerra más que cualquiera de nosotros. Y en él el miedo era mayor que en nosotros: estaba en él, el miedo, el vórtice de lo inesperado y lo incognoscible, que parecía horrendo a la lucidez de su pensamiento; aguas oscuras, arremolinadas y venenosas en las orillas desnudas de su vida.”

NATALIA GINZBURG
–Léxico Familiar–

De la totalidad de este trabajo se desprende una contribución en forma de punto de partida. Es decir, **esta tesis representa el inicio de una línea de investigación, la aproximación conceptual y a la medida de ideación suicida**, y se cimenta en la reflexión resultante de los hallazgos aquí mostrados y la experiencia de realizarlos. La presente tesis ofrece, fundamentalmente, cuatro contribuciones que repercuten, en su gran mayoría, en los adultos jóvenes con ideación suicida.

En primer lugar, aporta **cinco medidas adaptadas al contexto español para las variables involucradas en el desarrollo de la ideación suicida** según las teorías de la ideación a la acción (percepción de ser una carga y pertenencia frustrada – IPTS, percepción de derrota y atrapamiento – IMV, y dolor psicológico – 3ST). Las medidas de estas variables podrían ser una vía menos intimidante para evaluar la situación de la persona y hacen de la evaluación una parte integral del proceso terapéutico más allá del objetivo de predecir otras conductas suicidas. Una evaluación que permite orientar la intervención a estas variables psicológica modificables con el fin de reducir el distrés psicológico de la persona y, por consiguiente, el potencial riesgo suicida. Además, creemos que nos aporta una mejor comprensión de la ideación suicida y su desarrollo acorde a la conceptualización que se le ha dado en la presente tesis y los modelos teóricos más prominentes.

En segundo lugar, este trabajo propone una conceptualización de la ideación suicida novedosa, entendiendo esta como **una red o sistema interactivo compuesto por la interrelación de las variables implicadas en su**

desarrollo que hacen referencia a aspectos interpersonales, emocionales y evaluativos o más cognitivos. Si bien no ponemos en duda que, probablemente, otras características de la ideación suicida, así como otras variables importantes en su desarrollo, psicológicas o no, puedan formar parte de esta red, esta tesis ha iniciado un proceso exploratorio que, en último término, puede dar lugar a una estructura consistente. Este cambio de enfoque permite superar las limitaciones del modelo médico aplicado a la psicopatología y una mejor comprensión de los mecanismos etiológicos, lo que se estima que repercutirá en una mejor evaluación, prevención y tratamiento de la ideación suicida. Asimismo, los resultados obtenidos en el análisis de redes posibilitan **el refinamiento del IMV**, como base teórica que propicia la conjugación del resto de los constituyentes de la red y su potencial explicación.

En tercer lugar, y resaltando el importante papel de las interacciones en los modelos de redes y en el IMV, hemos comprobado y corroborado el supuesto teórico que pretende **integrar las variables de la IPTS (percepción de ser una carga y la pertenencia frustrada) como moderadores motivacionales en el contexto teórico del IMV.** Una contribución que consideramos conveniente y congruente con la popularidad de la IPTS y el propósito integrador del IMV.

En cuarto y último lugar, hemos **ampliado la propuesta teórica del IMV para dar cabida a dos variables que consideramos relevantes para la ideación suicida: el dolor psicológico y la evitación experiencial.** Cada una de ellas han mostrado jugar un papel relevante como moderadores en dos puntos distintos de la fase motivacional del IMV. En el caso del dolor psicológico,

Ideación suicida: conceptualización y aspectos de la medida

aportamos evidencia empírica sobre el rol moderador que ejerce en la relación entre el atrapamiento y la gravedad de la ideación suicida, potenciando esta. Un resultado coherente con los hallazgos del análisis de redes y con la literatura que enfatiza la importancia de la emoción desagradable, duradera e insoportable en la motivación suicida. Del mismo modo, hemos obtenido evidencia empírica sobre cómo la evitación experiencial, como estrategia para resolver el distrés derivado de la percepción de derrota, resulta infructífera para este objetivo e intensifica la asociación entre la derrota y el atrapamiento. Un hallazgo que podría clarificar las asociaciones entre evitación experiencial e ideación suicida halladas en la literatura.

Main Contributions

A contribution in the form of a starting point emerges from the totality of this work. That is, this thesis represents the beginning of a line of research, the conceptual approach and measurement of suicidal ideation, and it is based on the reflection resulting from the findings shown here and the experience of carrying them out. The present thesis offers, mainly, four relevant contributions that have an impact, for the most part, on young adults with suicidal ideation.

First, it provides five measures adapted to the Spanish context for the variables involved in the development of suicidal ideation according to ideation-to-action theories (perceived burdensomeness and thwarted belongingness - IPTS, perceived defeat and entrapment - IMV, and psychological pain - 3ST). Measures of these variables could be a less intimidating way to assess the person's situation and make the assessment an integral part of the therapeutic process beyond the goal of predicting other suicidal behaviors. An assessment that allows targeting the intervention to these modifiable psychological variables in order to reduce the person's psychological distress and, consequently, the potential suicidal risk. In addition, we believe that it provides us with a better understanding of suicidal ideation and its development in accordance with the conceptualization given in this thesis and the most prominent theoretical models.

Secondly, this work proposes a novel conceptualization of suicidal ideation, understanding it as an interactive network or system composed of the interrelation of the variables involved in its development that refer to interpersonal, emotional and evaluative or more cognitive aspects. Although we do not doubt that, probably, other characteristics of suicidal ideation, as well as other relevant variables in its

development, psychological or not, may be part of this network, this thesis has initiated an exploratory process that, ultimately, may result in a consistent structure. This change of approach allows overcoming the limitations of the medical model applied to psychopathology and a better understanding of the etiological mechanisms, which is estimated to have an impact on a better assessment, prevention, and treatment of suicidal ideation. Likewise, the results obtained in the network analysis make possible the refinement of the IMV, as a theoretical basis that favors the conjugation of the rest of the constituents of the network and its potential explanation.

Thirdly, and highlighting the important role of interactions in network models and IMV, we have tested and corroborated the theoretical assumption that aims to integrate the IPTS variables (perceived burdensomeness and thwarted belongingness) as motivational moderators in the theoretical context of IMV. A contribution that we consider relevant and congruent with the popularity of the IPTS and the integrative purpose of the IMV.

Fourth and finally, we have expanded the theoretical proposal of IMV to accommodate two variables that we consider relevant to suicidal ideation: psychological pain and experiential avoidance. Each of these have been shown to play a distinguished role as moderators at two distinct points in the motivational phase of IMV. In the case of psychological pain, we provide empirical evidence for the moderating role it exerts on the relationship between entrapment and the severity of suicidal ideation, enhancing the latter. A result consistent with the findings of the network analysis and with the literature that emphasizes the importance of unpleasant, long-lasting, and unbearable emotion in suicidal

motivation. Similarly, we have obtained empirical evidence of how experiential avoidance, as a strategy to resolve the distress derived from the perception of defeat, proves unsuccessful for this goal, and intensifies the association between defeat and entrapment. A finding that could clarify the associations between experiential avoidance and suicidal ideation found in the literature.

Referencias

“To understand suicide is one of the absolutely fundamental and puzzling challenges of the human condition.”

RONALD W. MARIS
–Pathways to suicide: A survey of self-destructive behaviors–

- Acosta, F. J., Vega, D., Torralba, L., Navarro, S., Ramallo-Fariña, Y., Fiuza, D., Hernández, J. L. y Siris, S. G. (2012). Hopelessness and suicidal risk in bipolar disorder. A study in clinically nonsyndromal patients. *Comprehensive psychiatry*, 53(8), 1103–1109. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2012.03.013>
- Aguilar, E. J., Hidalgo, M. D., Cano, R., López, J. C., Campillo, M. y Hernández, M. (1995). Estudio prospectivo de la desesperanza en pacientes psicóticos: características psicométricas de la Escala de Desesperanza de Beck. *Anales de Psiquiatría*, 11, 121-125.
- Aguirre-Camacho, A. y Moreno-Jiménez, B. (2017). La relevancia de la flexibilidad psicológica en el contexto del cáncer: una revisión de la literatura. *Psicooncología*, 14(1), 11-22. <https://doi.org/10.5209/PSIC.55808>
- Aiken, L. S. y West, S. G. (1991). *Multiple regression: Testing and interpreting interactions*. Sage.
- Aish, A. M., Wasserman, D. y Renberg, E. S. (2001). Does Beck's Hopelessness Scale really measure several components?. *Psychological medicine*, 31(2), 367–372. <https://doi.org/10.1017/s0033291701003300>
- Ajzen, I. (1991). The theory of planned behavior. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 50(2), 179–211. [https://doi.org/10.1016/0749-5978\(91\)90020-t](https://doi.org/10.1016/0749-5978(91)90020-t)
- Akin, A., Uysal, R., Çitemel, N. y Akin, Ü. (2013). The validity and reliability of Turkish version of the defeat scale. *International Online Journal of Educational Sciences*, 5(3), 660-666.

- Al-Halabí, S., Sáiz, P. A., Burón, P., Garrido, M., Benabarre, A., Jiménez, E., Cervilla, J., Navarrete, M. I., Díaz-Mesa, E. M., García-Álvarez, L., Muñiz, J., Posner, K., Oquendo, M. A., García-Portilla, M. P. y Bobes, J. (2016). Validation of a Spanish version of the Columbia-Suicide Severity Rating Scale (C-SSRS). *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 9(3), 134–142. <https://doi.org/10.1016/j.rpsm.2016.02.002>
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th Ed.* American Psychiatric Association.
- Andreotti, E. T., Ipuchima, J. R., Cazella, S. C., Beria, P., Bortoncello, C. F., Silveira, R. C. y Ferrão, Y. A. (2020). Instruments to assess suicide risk: a systematic review. *Trends in psychiatry and psychotherapy*, 42(3), 276–281. <https://doi.org/10.1590/2237-6089-2019-0092>
- Andriessen K. (2006). On "intention" in the definition of suicide. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 36(5), 533–538. <https://doi.org/10.1521/suli.2006.36.5.533>
- Anestis, M. D. y Joiner, T. E. (2011). Examining the role of emotion in suicidality: negative urgency as an amplifier of the relationship between components of the interpersonal-psychological theory of suicidal behavior and lifetime number of suicide attempts. *Journal of affective disorders*, 129(1-3), 261–269. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2010.08.006>
- Anestis, M. D., Law, K. C., Jin, H., Houtsma, C., Khazem, L. R. y Assavedo, B. L. (2017). Treating the Capability for Suicide: A Vital and Understudied Frontier in Suicide Prevention. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 47(5), 523–537. <https://doi.org/10.1111/sltb.12311>

- Angelakis, I. y Gooding, P. (2020). Obsessive-Compulsive Disorder and Suicidal Experiences: The Role of Experiential Avoidance. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 50(2), 359–371. <https://doi.org/10.1111/sltb.12593>
- Angelotta C. (2015). Defining and refining self-harm: a historical perspective on nonsuicidal self-injury. *The Journal of nervous and mental disease*, 203(2), 75–80. <https://doi.org/10.1097/NMD.0000000000000243>
- Anseán, A. (2014). *Suicidios: manual de prevención, intervención y postvención de la conducta suicida*. Fundación Salud Mental.
- Baca-García, E., Pérez-Rodríguez, M. M., Oquendo, M. A., Keyes, K. M., Hasin, D. S., Grant, B. F. y Blanco, C. (2011). Estimating risk for suicide attempt: are we asking the right questions? Passive suicidal ideation as a marker for suicidal behavior. *Journal of affective disorders*, 134(1-3), 327–332. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2011.06.026>
- Bachmann, S. (2018). Epidemiology of Suicide and the Psychiatric Perspective. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 15(7), 1425.
- Badiee, J., Moore, D. J., Atkinson, J. H., Vaida, F., Gerard, M., Duarte, N. A., Franklin, D., Gouaux, B., McCutchan, J. A., Heaton, R. K., McArthur, J., Morgello, S., Simpson, D., Collier, A., Marra, C. M., Gelman, B., Clifford, D. y Grant, I. (2012). Lifetime suicidal ideation and attempt are common among HIV+ individuals. *Journal of affective disorders*, 136(3), 993–999. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2011.06.044>
- Baechler, J. (1980). A strategic theory. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 10(2), 70-99. <https://doi.org/10.1111/j.1943-278x.1980.tb00768.x>

- Baertschi, M., Costanza, A., Richard-Lepouriel, H., Pompili, M., Sarasin, F., Weber, K. y Canuto, A. (2017). The application of the interpersonal-psychological theory of suicide to a sample of Swiss patients attending a psychiatric emergency department for a non-lethal suicidal event. *Journal of affective disorders*, 210, 323–331. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2016.12.049>
- Bakst, S. S., Braun, T., Zucker, I., Amitai, Z. y Shohat, T. (2016). The accuracy of suicide statistics: are true suicide deaths misclassified? *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 51(1), 115-123. <https://doi.org/10.1007/s00127-015-1119-x>
- Balaguer, A., Monforte-Royo, C., Porta-Sales, J., Alonso-Babarro, A., Altisent, R., Aradilla-Herrero, A., Bellido-Pérez, M., Breitbart, W., Centeno, C., Cuervo, M. A., Deliens, L., Frerich, G., Gastmans, C., Lichtenfeld, S., Limonero, J. T., Maier, M. A., Materstvedt, L. J., Nabal, M., Rodin, G., Rosenfeld, B., ... Voltz, R. (2016). An International Consensus Definition of the Wish to Hasten Death and Its Related Factors. *PloS one*, 11(1), e0146184. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0146184>
- Barber, M. (2002). Alfred Schutz. En E. Zalta (Ed.), *The Stanford Encyclopedia of Philosophy* (Summer, 2020). Metaphysics Research Lab, Stanford University.
- Barnes, A. J., Eisenberg, M. E. y Resnick, M. D. (2010). Suicide and self-injury among children and youth with chronic health conditions. *Pediatrics*, 125(5), 889–895. <https://doi.org/10.1542/peds.2009-1814>
- Barrigón, M. L. y Baca-García, E. (2018). Retos actuales en la investigación en suicidio. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 11(1), 1-3. <https://doi.org/10.1016/j.rpsm.2017.10.001>

- Barzilay, S. y Apter, A. (2014). Psychological Models of Suicide. *Archives of Suicide Research*, 18(4), 295–312. <https://doi.org/10.1080/13811118.2013.824825>
- Batterham, P. J., Ftanou, M., Pirkis, J., Brewer, J. L., Mackinnon, A. J., Beautrais, A., Fairweather-Schmidt, A. K. y Christensen, H. (2015). A systematic review and evaluation of measures for suicidal ideation and behaviors in population-based research. *Psychological assessment*, 27(2), 501–512. <https://doi.org/10.1037/pas0000053>
- Bauer, A. M., Chan, Y. F., Huang, H., Vannoy, S. y Unützer, J. (2013). Characteristics, management, and depression outcomes of primary care patients who endorse thoughts of death or suicide on the PHQ-9. *Journal of general internal medicine*, 28(3), 363–369. <https://doi.org/10.1007/s11606-012-2194-2>
- Baumeister, R. F. (1990). Suicide as escape from self. *Psychological Review*, 97(1), 90–113. <https://doi.org/10.1037/0033-295x.97.1.90>
- Baumeister, R. F. y Leary, M. R. (1995). The need to belong: Desire for interpersonal attachments as a fundamental human motivation. *Psychological Bulletin*, 117(3), 497–529. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.117.3.497>
- Beautrais A. L. (2001). Suicides and serious suicide attempts: two populations or one?. *Psychological medicine*, 31(5), 837–845. <https://doi.org/10.1017/s0033291701003889>
- Bech, P. y Awata, S. (2009). Measurement of suicidal behaviour with psychometric scales. En D. Wasserman, C. Wasserman (Eds.), *Oxford textbook of suicidology and suicide prevention* (pp. 305-311). Oxford University Press.
- Beck, A. T. (1986). Hopelessness as a predictor of eventual suicide. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 487, 90-96.

- Beck, A. T., Brown, G., Berchick, R. J., Stewart, B. L. y Steer, R. A. (1990). Relationship between hopelessness and ultimate suicide: a replication with psychiatric outpatients. *The American journal of psychiatry*, 147(2), 190–195. <https://doi.org/10.1176/ajp.147.2.190>
- Beck, A. T., Brown, G. K. y Steer, R. A. (1997). Psychometric characteristics of the Scale for Suicide Ideation with psychiatric outpatients. *Behavior Research and Therapy*, 35(11), 1039-1046.
- Beck, A. T., Brown, G. K., Steer, R. A., Dahlsgaard, K. K. y Grisham, J. R. (1999). Suicide ideation at its worst point: A predictor of eventual suicide in psychiatric outpatients. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 29, 1-9.
- Beck, A. T., Kovacs, M. y Weissman, A. (1979). Assessment of suicidal intention: The Scale for Suicide Ideation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 47(2), 343-352.
- Beck, A. T. y Steer, R. A. (1991). *Manual for the Beck Scale for Suicide Ideation*. Psychological Corporation.
- Beck, A. T., Steer, R. A., Beck, J. S. y Newman, C. F. (1993). Hopelessness, depression, suicidal ideation, and clinical diagnosis of depression. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 23(2), 139–145.
- Beck, A. T., Steer, R. A. y Brown G. K. (1996). *Manual for the Beck Depression Inventory-II*. Psychological Corporation.
- Beck, A. T., Steer, R. A., Kovacs, M. y Garrison, B. (1985). Hopelessness and eventual suicide: A 10-year prospective study of patients hospitalized with suicidal ideation. *American Journal of Psychiatry*, 142(5), 559-563.

- Beck, A. T., Weissman, A., Lester, D. y Trexler, L. (1974). The measurement of pessimism: the hopelessness scale. *Journal of consulting and clinical psychology, 42*(6), 861–865. <https://doi.org/10.1037/h0037562>
- Berlim, M. T., Mattevi, B. S., Pavanello, D. P., Caldieraro, M. A., Fleck, M. P., Wingate, L. R. y Joiner, T. E., Jr (2003). Psychache and suicidality in adult mood disordered outpatients in Brazil. *Suicide and Life-Threatening Behavior, 33*(3), 242–248. <https://doi.org/10.1521/suli.33.3.242.23220>
- Berrios, G. E. (1994). Self-harm During the Nineteenth Century: a conceptual history. En D. Lester (ed), *Émile Durkheim: Le Suicide 100 Years Later* (pp. 250-263). Charles Press.
- Berrios, G. E. y Mohanna, M. (1990). Durkheim and French psychiatric views on suicide during the 19th century: a conceptual history. *British Journal of Psychiatry, 156*(1), 1-9. <https://doi.org/10.1192/bjp.156.1.1>
- Bertolote, J. M. y Fleischmann, A. (2002). A global perspective in the epidemiology of suicide. *Suicidologi, 7*(2), 6-8. <https://doi.org/10.5617/suicidologi.2330>
- Bertolote, J. M., Fleischmann, A., De Leo, D. y Wasserman, D. (2003). Suicide and mental disorders: do we know enough? *The British journal of psychiatry, 183*, 382–383. <https://doi.org/10.1192/bjp.183.5.382>
- Bloch-Elkouby, S., Gorman, B., Schuck, A., Barzilay, S., Calati, R., Cohen, L. J., Begum, F. y Galynker, I. (2020). The suicide crisis syndrome: A network analysis. *Journal of counseling psychology, 67*(5), 595–607. <https://doi.org/10.1037/cou0000423>
- Bocquier, A., Pambrun, E., Dumesnil, H., Villani, P., Verdoux, H. y Verger, P. (2013). Physicians' characteristics associated with exploring suicide risk among

- patients with depression: a French panel survey of general practitioners. *PloS one*, 8(12), e80797. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0080797>
- Bond, F. W., Hayes, S. C., Baer, R. A., Carpenter, K. M., Guenole, N., Orcutt, H. K., Waltz, T. y Zettle, R. D. (2011). Preliminary psychometric properties of the Acceptance and Action Questionnaire-II: a revised measure of psychological inflexibility and experiential avoidance. *Behavior therapy*, 42(4), 676–688. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2011.03.007>
- Borges, G., Angst, J., Nock, M. K., Ruscio, A. M. y Kessler, R. C. (2008). Risk factors for the incidence and persistence of suicide-related outcomes: a 10-year follow-up study using the National Comorbidity Surveys. *Journal of affective disorders*, 105(1-3), 25–33. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2007.01.036>
- Borsboom D. (2008). Psychometric perspectives on diagnostic systems. *Journal of clinical psychology*, 64(9), 1089–1108. <https://doi.org/10.1002/jclp.20503>
- Borsboom D. (2017). A network theory of mental disorders. *World psychiatry*, 16(1), 5–13. <https://doi.org/10.1002/wps.20375>
- Borsboom, D. y Cramer, A. O. (2013). Network analysis: an integrative approach to the structure of psychopathology. *Annual review of clinical psychology*, 9, 91–121. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-050212-185608>
- Borsboom, D., Cramer, A. O., Schmittmann, V. D., Epskamp, S. y Waldorp, L. J. (2011). The small world of psychopathology. *PloS one*, 6(11), e27407. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0027407>
- Bostwick, J. M. y Pankratz, V. S. (2000). Affective disorders and suicide risk: a reexamination. *The American journal of psychiatry*, 157(12), 1925–1932. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.157.12.1925>

- Bousoño Serrano, M., Al-Halabí, S., Burón, P., Garrido, M., Díaz-Mesa, E. M., Galván, G., García-Álvarez, L., Carli, V., Hoven, C., Sarchiapone, M., Wasserman, D., Bousoño, M., García-Portilla, M. P., Iglesias, C., Sáiz, P. A. y Bobes, J. (2017). Substance use or abuse, internet use, psychopathology and suicidal ideation in adolescents. *Adicciones*, 29(2), 97–104. <https://doi.org/10.20882/adicciones.811>
- Braden, J. B. y Sullivan, M. D. (2008). Suicidal thoughts and behavior among adults with self-reported pain conditions in the national comorbidity survey replication. *The journal of pain*, 9(12), 1106–1115. <https://doi.org/10.1016/j.jpain.2008.06.004>
- Branley-Bell, D., O'Connor, D. B., Green, J. A., Ferguson, E., O'Carroll, R. E. y O'Connor, R. C. (2019). Distinguishing suicide ideation from suicide attempts: Further test of the Integrated Motivational-Volitional Model of Suicidal Behaviour. *Journal of Psychiatric Research*, 117, 100–107. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2019.07.007>
- Bridge, J. A., Goldstein, T. R. y Brent, D. A. (2006). Adolescent suicide and suicidal behavior. *Journal of child psychology and psychiatry, and allied disciplines*, 47(3-4), 372–394. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2006.01615.x>
- Brown, G. K. (2001). *A review of suicide assessment measures for intervention research with adults and older adults*. National Institute of Mental Health (NIMH). <https://sprc.org/sites/default/files/migrate/library/BrownReviewAssessmentMeasuresAdultsOlderAdults.pdf>

- Brown, G. K., Beck, A. T., Steer, R. A. y Grisham, J. R. (2000). Risk factors for suicide in psychiatric outpatients: a 20-year prospective study. *Journal of consulting and clinical psychology, 68*(3), 371–377.
- Brown, G. K., Currier, G., y Stanley, B. (2008). *Suicide attempt registry pilot project*. National Institute of Mental Health annual meeting of the Developing Centers for Intervention and Prevention of Suicide.
- Brown, T. A. (2006). *Confirmatory factor analysis for applied research*. Guilford Press.
- Bryan, C. J., Hernandez, A. M., Allison, S. y Clemans, T. (2013). Combat exposure and suicide risk in two samples of military personnel. *Journal of clinical psychology, 69*(1), 64–77. <https://doi.org/10.1002/jclp.21932>
- Bryan, C. J., Morrow, C. E., Anestis, M. D. y Joiner, T. E. (2010). A preliminary test of the interpersonal-psychological theory of suicidal behavior in a military sample. *Personality and Individual Differences, 48*, 347–350. <http://dx.doi.org/10.1016/j.paid.2009.10.023>
- Cacioppo, J. T. y Cacioppo, S. (2014). Social Relationships and Health: The Toxic Effects of Perceived Social Isolation. *Social and personality psychology compass, 8*(2), 58–72. <https://doi.org/10.1111/spc3.12087>
- Calandre, E. P., Navajas-Rojas, M. A., Ballesteros, J., Garcia-Carrillo, J., Garcia-Leiva, J. M. y Rico-Villademoros, F. (2015). Suicidal ideation in patients with fibromyalgia: a cross-sectional study. *Pain practice, 15*(2), 168–174. <https://doi.org/10.1111/papr.12164>
- Calati, R., Laglaoui Bakhiyi, C., Artero, S., Ilgen, M. y Courtet, P. (2015). The impact of physical pain on suicidal thoughts and behaviors: Meta-analyses. *Journal*

- of psychiatric research*, 71, 16–32.
<https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2015.09.004>
- Campbell, G., Darke, S., Bruno, R. y Degenhardt, L. (2015). The prevalence and correlates of chronic pain and suicidality in a nationally representative sample. *The Australian and New Zealand journal of psychiatry*, 49(9), 803–811. <https://doi.org/10.1177/0004867415569795>
- Campos, R. C. y Holden, R. R. (2015). Testing Models Relating Rejection, Depression, Interpersonal Needs, and Psychache to Suicide Risk in Nonclinical Individuals. *Journal of clinical psychology*, 71(10), 994–1003. <https://doi.org/10.1002/jclp.22196>
- Campos, R. C., Holden, R. R. y Gomes, M. (2019). Assessing psychache as a suicide risk variable: Data with the Portuguese version of the psychache scale. *Death studies*, 43(8), 527–533. <https://doi.org/10.1080/07481187.2018.1493002>
- Campos, R. C., Holden, R. R., Laranjeira, P., Troister, T., Oliveira, A. R., Costa, F., Abreu, M. y Fresca, N. (2016). Self-report depressive symptoms do not directly predict suicidality in nonclinical individuals: Contributions toward a more psychosocial approach to suicide risk. *Death studies*, 40(6), 335–349. <https://doi.org/10.1080/07481187.2016.1150920>
- Caspi, A., Sugden, K., Moffitt, T. E., Taylor, A., Craig, I. W., Harrington, H., McClay, J., Mill, J., Martin, J., Braithwaite, A. y Poulton, R. (2003). Influence of life stress on depression: moderation by a polymorphism in the 5-HTT gene. *Science*, 301(5631), 386–389. <https://doi.org/10.1126/science.1083968>
- Carvalho, S., Pinto-Gouveia, J., Pimentel, P., Maia, D., Gilbert, P. y Mota-Pereira, J. (2013). Entrapment and defeat perceptions in depressive symptomatology:

- through an evolutionary approach. *Psychiatry*, 76(1), 53–67.
<https://doi.org/10.1521/psyc.2013.76.1.53>
- Cavanagh, J. T., Carson, A. J., Sharpe, M. y Lawrie, S. M. (2003). Psychological autopsy studies of suicide: a systematic review. *Psychological medicine*, 33(3), 395–405. <https://doi.org/10.1017/s0033291702006943>
- Centers for Disease Control and Prevention (2018). *Data & Statistics Fatal Injury*.
<https://www.cdc.gov/injury/wisqars/>
- Cha, B. C., Franz, P. J., Guzman, E. M., Glenn, C. R., Kleiman, E. M. y Nock, M. K. (2018). Annual research review: Suicide among youth –Epidemiology, (potential) etiology, and treatment. *The Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 59, 460-482. <https://doi.org/10.1111/jcpp.12831>
- Chang, E. C. y Chang, O. D. (2016). Development of the Frequency of Suicidal Ideation Inventory: Evidence for the Validity and Reliability of a Brief Measure of Suicidal Ideation Frequency in a College Student Population. *Cognitive Therapy and Research*, 40, 549–556.
<https://doi.org/10.1007/s10608-016-9758-0>
- Chang, E. C., Chang, O. D., Martos, T., Sallay, V., Najarian, A. S. y Lee, J. (2017). Validity of the Frequency of Suicidal Ideation Inventory in Hungarian adults. *Death studies*, 41(4), 236–240.
<https://doi.org/10.1080/07481187.2016.1244226>
- Chang, Q., Chan, C. H. y Yip, P. S. F. (2017). A meta-analytic review on social relationships and suicidal ideation among older adults. *Social Science & Medicine*, 191, 65–76. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2017.09.003>

- Chang, S. S., Stuckler, D., Yip, P. y Gunnell, D. (2013). Impact of 2008 global economic crisis on suicide: time trend study in 54 countries. *British Medical Journal*, 347, f5239. <https://doi.org/10.1136/bmj.f5239>
- Chávez-Hernández, A. M., Leenaars, A. A., Chávez-de Sánchez, M. I. y Leenaars, L. (2009). Suicide notes from Mexico and the United States: a thematic analysis. *Salud publica de Mexico*, 51(4), 314–320. <https://doi.org/10.1590/s0036-36342009000400008>
- Chen, J. y Chen, Z. (2008). Extended Bayesian information criteria for model selection with large model spaces. *Biometrika*, 95(3), 759–771. <https://doi.org/10.1093/biomet/asn034>
- Chiles, J. A. y Strosahl, K. D. (2005). *Clinical manual for assessment and treatment of suicidal patients*. American Psychiatric Publishing, Inc.
- Cho, S., Hwang, H. y Lee, J.-H. (2013). Pain intensity and suicidal ideation of people in chronic pain: Mediating effects of depression. *Social Behavior and Personality: An international journal*, 41(3), 509–516. <https://doi.org/10.2224/sbp.2013.41.3.509>
- Chodkiewicz, J., Miniszewska, J., Strzelczyk, D. y Gąsior, K. (2017). Polish Adaptation of the Psychache Scale by Ronald Holden and Co-workers. Polska adaptacja Skali Bólu Psychicznego Ronalda Holdena i współpracowników. *Psychiatria polska*, 51(2), 369–381. <https://doi.org/10.12740/PP/OnlineFirst/59448>
- Choi, S. J., Joo, E. Y., Lee, Y. J. y Hong, S. B. (2015). Suicidal ideation and insomnia symptoms in subjects with obstructive sleep apnea syndrome. *Sleep medicine*, 16(9), 1146–1150. <https://doi.org/10.1016/j.sleep.2015.04.026>

- Chou, W. P., Yen, C. F. y Liu, T. L. (2018). Predicting Effects of Psychological Inflexibility/Experiential Avoidance and Stress Coping Strategies for Internet Addiction, Significant Depression, and Suicidality in College Students: A Prospective Study. *International journal of environmental research and public health*, 15(4), 788. <https://doi.org/10.3390/ijerph15040788>
- Chu, C., Buchman-Schmitt, J. M., Stanley, I. H., Hom, M. A., Tucker, R. P., Hagan, C. R., Rogers, M. L., Podlogar, M. C., Chiurliza, B., Ringer, F. B., Michaels, M. S., Patros, C. y Joiner, T. E. (2017). The interpersonal theory of suicide: A systematic review and meta-analysis of a decade of cross-national research. *Psychological bulletin*, 143(12), 1313–1345. <https://doi.org/10.1037/bul0000123>
- Chu, C., Klein, K. M., Buchman-Schmitt, J. M., Hom, M. A., Hagan, C. R. y Joiner, T. E. (2015). Routinized Assessment of Suicide Risk in Clinical Practice: An Empirically Informed Update. *Journal of clinical psychology*, 71(12), 1186–1200. <https://doi.org/10.1002/jclp.22210>
- Chu, C., Rogers, M. L. y Joiner, T. E. (2016). Cross-sectional and temporal association between non-suicidal self-injury and suicidal ideation in young adults: The explanatory roles of thwarted belongingness and perceived burdensomeness. *Psychiatry research*, 246, 573–580. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2016.07.061>
- Chu, C., Walker, K. L., Stanley, I. H., Hirsch, J. K., Greenberg, J. H., Rudd, M. D. y Joiner, T. E. (2018). Perceived problem-solving deficits and suicidal ideation: Evidence for the explanatory roles of thwarted belongingness and perceived

- burdensomeness in five samples. *Journal of Personality and Social Psychology*, 115(1), 137–160. <https://doi.org/10.1037/pspp0000152>
- Clum, G. A. y Curtin, L. (1993). Validity and reactivity of a system of self-monitoring suicide ideation. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 15(4), 375–385. <https://doi.org/10.1007/BF00965039>
- Clum, G. A. y Yang, B. (1995). Additional support for the reliability and validity of the Modified Scale for Suicide Ideation. *Psychological Assessment*, 7(1), 122–125.
- Comstock, B. S. (1979). Suicide in the 1970s: A second look. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 9(1), 3–13.
- Cooper-Patrick, L., Crum, R. M. y Ford, D. E. (1994). Identifying suicidal ideation in general medical patients. *JAMA*, 272(22), 1757–1762.
- Coryell, W. y Young, E. A. (2005). Clinical predictors of suicide in primary major depressive disorder. *The Journal of clinical psychiatry*, 66(4), 412–417. <https://doi.org/10.4088/jcp.v66n0401>
- Costa, S., Campos, R. C., Simões, A. y Pio, A. S. (2019). Validation Studies of the Interpersonal Needs Questionnaire (INQ-15) to the Portuguese Population. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación*, 53(4), 63–77. <https://doi.org/10.21865/RIDEP53.4.05>
- Costantini, G., Epskamp, S., Borsboom, D., Perugini, M., Mõttus, R., Waldorp, L. J. y Cramer, A. O. J. (2015). State of the aRt personality research: A tutorial on network analysis of personality data in R. *Journal of Research in Personality*, 54, 13–29. <https://doi.org/10.1016/j.jrp.2014.07.003>

- Cotton, C. R., Peters, D. K. y Range, L. M. (1995). Psychometric properties of the Suicidal Behaviors Questionnaire. *Death studies*, 19(4), 391–397. <https://doi.org/10.1080/07481189508252740>
- Cramer, R. J., Rasmussen, S. y Tucker, R. P. (2019). An examination of the Entrapment Scale: Factor structure, correlates, and implications for suicide prevention. *Psychiatry Research*, 282, 112550. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2019.112550>
- Cribb, G., Moulds, M. L. y Carter, S. (2006). Rumination and Experiential Avoidance in Depression. *Behaviour Change*, 23(3), 165–176. <https://doi.org/10.1375/bech.23.3.165>
- Crosby, A. E., Ortega, L. y Melanson, C. (2011). *Self-directed Violence Surveillance: Uniform Definitions and Recommended Data Elements*. Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Injury Prevention and Control, Division of Violence Prevention. <https://www.cdc.gov/violenceprevention/pdf/Self-Directed-Violence-a.pdf>
- Czyz, E., Berona, J. y King, C. (2014). A Prospective Examination of the Interpersonal-Psychological Theory of Suicidal Behavior Among Psychiatric Adolescent Inpatients. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 45(2), 243–259. <https://doi.org/10.1111/sltb.12125>
- Davidson, C. L., Wingate, L. R., Rasmussen, K. A. y Sligh, M. L. (2009). Hope as a predictor of interpersonal suicide risk. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 39(5), 499–507. <https://doi.org/10.1521/suli.2009.39.5.499>

- Dawson, J. (2014). Moderation in management research: What, why, when and how. *Journal of Business and Psychology*, 29, 1-19. <https://doi.org/10.1007/s10869-013-9308-7>
- Dawson, J. y Richter, A. (2006). Probing three-way interactions in moderated multiple regression: Development and application of a slope difference test. *Journal of Applied Psychology*, 91(4), 917-926. <https://doi.org/10.1037/0021-9010.91.4.917>
- De Beurs, D., Fried, E. I., Wetherall, K., Cleare, S., O' Connor, D. B., Ferguson, E., O'Carroll, R. E. y O' Connor, R. C. (2019). Exploring the psychology of suicidal ideation: A theory driven network analysis. *Behaviour research and therapy*, 120, 103419. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2019.103419>
- De Beurs, D. P., van Borkulo, C. D. y O'Connor, R. C. (2017). Association between suicidal symptoms and repeat suicidal behaviour within a sample of hospital-treated suicide attempters. *BJPsych Open*, 3(3), 120-126. <https://doi.org/10.1192/bjpo.bp.116.004275>
- De Leo D. (2015). Can we rely on suicide mortality data?. *Crisis*, 36(1), 1-3. <https://doi.org/10.1027/0227-5910/a000315>
- De Leo, D., Burgis, S., Bertolote, J. M., Kerkhof, A. J. F. M. y Bille-Brahe, U. (2006). Definitions of Suicidal Behavior: Lessons learned from the WHO/EURO multicentre study. *Crisis: The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention*, 27(1), 4-15. <https://doi.org/10.1027/0227-5910.27.1.4>
- De Leo, D., Goodfellow, B., Silverman, M., Berman, A., Mann, J., Arensman, E., Hawton, K., Phillips, M. R., Vijayakumar, L., Andriessen, K., Chavez-Hernandez, A. M., Heisel, M. y Kolves, K. (2021). International study of

- definitions of English-language terms for suicidal behaviours: a survey exploring preferred terminology. *BMJ open*, 11(2), e043409. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2020-043409>
- Demirkol, M. E., Namlı, Z. y Tamam, L. (2019). Psikolojik Acı. Psikiyatride Guncel Yaklasimler. *Current Approaches in Psychiatry*, 11(2), 205–213. <https://doi.org/10.18863/pgy.444006>
- Dhingra, K., Boduszek, D. y O'Connor, R. C. (2016). A structural test of the Integrated Motivational-Volitional model of suicidal behaviour. *Psychiatry Research*, 239, 169–178. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2016.03.023>
- Dhingra, K., Mitchell, S. M., Davies, B., Anestis, M. D. y Anestis, J. C. (2020). Suicide Ideation Among Male Prisoners: Preliminary Evidence That Psychopathic Traits are Indirectly Linked to Suicide Ideation Through Thwarted Interpersonal Needs. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 50(4), 823–837. <https://doi.org/10.1111/sltb.12632>
- Ducasse, D., Holden, R. R., Boyer, L., Artéro, S., Calati, R., Guillaume, S., Courtet, P. y Olié, E. (2018). Psychological Pain in Suicidality: A Meta-Analysis. *The Journal of clinical psychiatry*, 79(3), 16r10732. <https://doi.org/10.4088/JCP.16r10732>
- Duffy, M. E., Mueller, N. E., Cogle, J. R. y Joiner, T. E. (2020). Perceived burdensomeness uniquely accounts for suicidal ideation severity in social anxiety disorder. *Journal of affective disorders*, 266, 43–48. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.01.116>
- Durkheim, E. (1951). *Suicide: A study in sociology* (J. Spaulding y G. Simpson, Trans.). The Free Press (Original work published in 1897).

- Dyce J. A. (1996). Factor structure of the Beck Hopelessness Scale. *Journal of clinical psychology*, 52(5), 555–558. [https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1097-4679\(199609\)52:5<555::AID-JCLP10>3.0.CO;2-D](https://doi.org/10.1002/(SICI)1097-4679(199609)52:5<555::AID-JCLP10>3.0.CO;2-D)
- Eddins, C. L. y Jobes, D. A. (1994). Do you see what I see? Patient and clinician perceptions of underlying dimensions of suicidality. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 24(2), 170–173.
- El-Behadli, A. F., Beitra, D., Zullo, L., Mbroh, H. y Stewart, S. M. (2019). Measuring Thwarted Belongingness and Perceived Burdensomeness in Clinically Depressed and Suicidal Youth: Refinement and Reduction of the Interpersonal Needs Questionnaire. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 49(5), 1463–1472. <https://doi.org/10.1111/sltb.12527>
- Ellis, T. E. y Rufino, K. A. (2016). Change in Experiential Avoidance is Associated with Reduced Suicidal Ideation over the Course of Psychiatric Hospitalization. *Archives of suicide research*, 20(3), 426–437. <https://doi.org/10.1080/13811118.2015.1093983>
- Epskamp, S., Borsboom, D. y Fried, E. I. (2018). Estimating Psychological Networks and their Accuracy: A Tutorial Paper. *Behavior Research Methods*, 50, 195–212. <http://doi.org/10.3758/s13428-017-0862-1>
- Epskamp, S., Cramer, A., Waldorp, L., Schmittmann, V. D. y Borsboom, D. (2012). qgraph: Network visualizations of relationships in psychometric data. *Journal of Statistical Software*, 48(4), 1–18. <https://doi.org/10.18637/jss.v048.i04>

- Epskamp, S. y Fried, E. I. (2018). A tutorial on regularized partial correlation networks. *Psychological Methods*, 23(4), 617–634. <https://doi.org/10.1037/met0000167>
- Epskamp, S., Waldorp, L. J., Mõttus, R. y Borsboom, D. (2018). The Gaussian Graphical Model in Cross-Sectional and Time-Series Data. *Multivariate Behavioral Research*, 53(4), 453–480. <https://doi.org/10.1080/00273171.2018.1454823>
- Farmer, R. D. T. (1988). Assessing the Epidemiology of Suicide and Parasuicide. *The British Journal of Psychiatry*, 153(1), 16–20. <https://doi.org/10.1192/bjp.153.1.16>
- Fava G. A. (2013). Clinical judgment in psychiatry. Requiem or reveille? *Nordic journal of psychiatry*, 67(1), 1–10. <https://doi.org/10.3109/08039488.2012.701665>
- Ferrando, P. J. y Anguiano-Carrasco, C. (2010). El análisis factorial como técnica de investigación en psicología. *Papeles del Psicólogo*, 31(1), 18–33.
- Fishbain, D. A., Bruns, D., Disorbio, J. M. y Lewis, J. E. (2009). Risk for five forms of suicidality in acute pain patients and chronic pain patients vs pain-free community controls. *Pain medicine*, 10(6), 1095–1105. <https://doi.org/10.1111/j.1526-4637.2009.00682.x>
- Flamenbaum, R. y Holden, R. R. (2007). Psychache as a mediator in the relationship between perfectionism and suicidality. *Journal of Counseling Psychology*, 54(1), 51–61. <https://doi.org/10.1037/0022-0167.54.1.51>
- Flamenbaum, R. y Holden R. R. (2008). *Factor structure of the Psychache Scale in a university sample*. Halifax: Canadian Psychological Association Convention

- Fonseca-Pedrero, E. (2018). Análisis de redes en psicología. *Papeles del Psicólogo*, 39(1), 1-12. <https://doi.org/10.23923/pap.psicol2018.2852>
- Fonseca-Pedrero, E., Díez, A., Pérez, A., Inchausti, F., Enesco, A., y Pérez, M. (2019). Prevención del suicidio en los centros educativos. En B. Lucas-Molina y M. Jiménez-Dasi (Eds.), *Promoción de la salud a través de programas de intervención en contexto educativo* (pp. 157–184). Pirámide.
- Fonseca-Pedrero, E., Inchausti, F., Pérez-Gutiérrez, L., Aritio Solana, R., Ortuño-Sierra, J., Sánchez-García, M., Lucas-Molina, B., Domínguez, C., Fonseca, D., Espinosa, V., Gorría, A., Urbiola-Merina, E., Fernández, M., Merina Díaz, C., Gutiérrez, C., Aures, M., Campos, M. S., Domínguez-Garrido, E. y Pérez de Albéniz Iturriaga, A. (2018). Suicidal ideation in a community-derived sample of Spanish adolescents. Ideación suicida en una muestra representativa de adolescentes españoles. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 11(2), 76–85. <https://doi.org/10.1016/j.rpsm.2017.07.004>
- Fonseca-Pedrero, E. y Pérez-de-Albéniz, A. (2020). Evaluación de la conducta suicida en adolescentes: a propósito de la escala Paykel de suicidio. *Papeles del Psicólogo*, 41(2), 106-115. <https://doi.org/10.23923/pap.psicol2020.2928>
- Forkmann, T., Stenzel, J. S., Rath, D., Glaesmer, H. y Teismann, T. (2017). “Vom Leben geschlagen” – Validierung der deutschen Version der Defeat Scale (DS-d). *Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie*, 68, 300–308. <https://doi.org/10.1055/s-0043-107027>

- Forkmann, T. y Teismann, T. (2017). Entrapment, perceived burdensomeness and thwarted belongingness as predictors of suicide ideation. *Psychiatry Research, 257*, 84–86. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2017.07.031>
- Forkmann, T., Teismann, T., Stenzel, J. S., Glaesmer, H. y de Beurs, D. (2018). Defeat and entrapment: more than meets the eye? Applying network analysis to estimate dimensions of highly correlated constructs. *BMC medical research methodology, 18*(1), 16. <https://doi.org/10.1186/s12874-018-0470-5>
- Franklin, J. C., Ribeiro, J. D., Fox, K. R., Bentley, K. H., Kleiman, E. M., Huang, X., Musacchio, K. M., Jaroszewski, A. C., Chang, B. P. y Nock, M. K. (2017). Risk factors for suicidal thoughts and behaviors: A meta-analysis of 50 years of research. *Psychological Bulletin, 143*(2), 187–232. <https://doi.org/10.1037/bul0000084>
- Freedenthal, S., Lamis, D. A., Osman, A., Kahlo, D. y Gutierrez, P. M. (2011). Evaluation of the psychometric properties of the Interpersonal Needs Questionnaire-12 in samples of men and women. *Journal of clinical psychology, 67*(6), 609–623. <https://doi.org/10.1002/jclp.20782>
- Fried, E.I., Epskamp, S., Nesse, R.M., Tuerlinckx, F. y Borsboom, D. (2016). What are ‘good’ depression symptoms? Comparing the centrality of DSM and non-DSM symptoms of depression in a network analysis. *Journal of Affective Disorders, 189*, 314–320. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2015.09.005>
- Fried, E. I. y Nesse, R. M. (2015). Depression is not a consistent syndrome: An investigation of unique symptom patterns in the STAR*D study. *Journal of affective disorders, 172*, 96–102. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2014.10.010>

- Fried, E. I., Nesse, R. M., Guille, C. y Sen, S. (2015). The differential influence of life stress on individual symptoms of depression. *Acta psychiatrica Scandinavica*, 131(6), 465–471. <https://doi.org/10.1111/acps.12395>
- Fried, E. I., van Borkulo, C. D., Cramer, A. O. J., Boschloo, L., Schoevers, R. A. y Borsboom, D. (2017). Mental disorders as networks of problems: a review of recent insights. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 52(1), 1–10. doi:10.1007/s00127-016-1319-z
- Fruchterman, T. y Reingold, E. (1991). Graph drawing by force-directed placement. *Software: Practice and Experience*, 21(11), 1129–1164. <https://doi.org/10.1002/spe.4380211102>
- Fundación Española para la Prevención del Suicidio (2021). *Informe del Observatorio del Suicidio en España 2019*. <https://www.fsme.es/observatorio-del-suicidio-2019/>
- Garza, M. J. y Pettit, J. W. (2010). Perceived burdensomeness, familism, and suicidal ideation among Mexican women: enhancing understanding of risk and protective factors. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 40(6), 561–573. <https://doi.org/10.1521/suli.2010.40.6.561>
- Gelder, M., López-Ibor, J. y Andreasen, N. (2000). *New Oxford Textbook of Psychiatry*. Oxford University Press.
- Gibb, B. E., McGeary, J. E., Beevers, C. G. y Miller, I. W. (2006). Serotonin transporter (5-HTTLPR) genotype, childhood abuse, and suicide attempts in adult psychiatric inpatients. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 36(6), 687–693. <https://doi.org/10.1521/suli.2006.36.6.687>

- Gibbons, R. D. (2014). Bi-factor Analysis. En A. C. Michalos (Ed.), *Encyclopedia of Quality of Life and Well-Being Research* (pp. 386-393). Springer.
https://doi.org/10.1007/978-94-007-0753-5_207
- Gibbons, R. D. y Hedeker, D. R. (1992). Full-information item bi-factor analysis. *Psychometrika*, 57, 423–436. <https://doi.org/10.1007/bf02295430>
- Gilbert, P. y Allan, S. (1998). The role of defeat and entrapment (arrested flight) in depression: An exploration of an evolutionary view. *Psychological Medicine*, 28, 585-598.
- Giner, L. y Guija, J. A. (2014). Número de suicidios en España: diferencias entre los datos del Instituto Nacional de Estadística y los aportados por los Institutos de Medicina Legal. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 7(3), 139-146.
<https://doi.org/10.1016/j.rpsm.2014.01.002>
- Giner, J., Medina, A. y Giner, L. (2013). *Suicidio en el siglo XXI. Tratamiento, manejo clínico e investigaciones futuras*. Enfoque Editorial S.C.
- Glaesmer, H., Spangenberg, L., Scherer, A. y Forkmann, T. (2014). Die Erfassung von Suizidwünschen: Erste psychometrische Befunde zur deutschen Version des Interpersonal Needs Questionnaire (INQ) [Assessing desire for suicide: first results on psychometric properties of the German version of the Interpersonal Needs Questionnaire (INQ)]. *Psychiatrische Praxis*, 41(5), 250–256. <https://doi.org/10.1055/s-0033-1343321>
- Glenn, C. R., Kleiman, E. M., Cha, C. B., Deming, C. A., Franklin, J. C. y Nock, M. K. (2018). Understanding suicide risk within the Research Domain Criteria (RDoC) framework: A meta-analytic review. *Depression and anxiety*, 35(1), 65–88. <https://doi.org/10.1002/da.22686>

- Gómez-Romero, M. J., Tomás-Sábado, J., Montes-Hidalgo, J., Brando-Garrido, C. y Limonero, J. T. (2019). The suicidal behaviors questionnaire-revised. Spanish form. *Death studies*, 1–7. <https://doi.org/10.1080/07481187.2019.1671544>
- Goodfellow, B., Kõlves, K. y de Leo, D. (2017). Contemporary Nomenclatures of Suicidal Behavior: A Systematic Literature Review. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 48(3), 353-366. <https://doi.org/10.1111/sltb.12354>
- Goodfellow, B., Kõlves, K. y de Leo, D. (2018). Contemporary Definitions of Suicidal Behavior: A Systematic Literature Review. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 49(2), 488–504. <https://doi.org/10.1111/sltb.12457>
- Gooding, P., Tarrier, N., Dunn, G., Shaw, J., Awenat, Y., Ulph, F. y Pratt, D. (2015). The moderating effects of coping and self-esteem on the relationship between defeat, entrapment and suicidality in a sample of prisoners at high risk of suicide. *European Psychiatry*, 30, 988-994. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2015.09.002>
- Goodwin, F. K. y Jamison, K. R. (2007). *Manic-Depressive Illness: Bipolar Disorders and Recurrent Depression*. Oxford University Press.
- Gorsuch, R. L. (1983). *Factor analysis*. Erlbaum
- Granö, N., Salmijärvi, L., Karjalainen, M., Kallionpää, S., Roine, M. y Taylor, P. (2015). Early signs of worry: psychosis risk symptom visual distortions are independently associated with suicidal ideation. *Psychiatry research*, 225(3), 263–267. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2014.12.031>
- Griffin, E., Kavalidou, K., Bonner, B., O’Hagan, D. y Corcoran, P. (2020). Risk of repetition and subsequent self-harm following presentation to hospital with

- suicidal ideation: A longitudinal registry study. *EClinical Medicine*, 23, 100378. <https://doi.org/10.1016/j.eclinm.2020.100378>
- Guloksuz, S., Pries, L. K. y van Os, J. (2017). Application of network methods for understanding mental disorders: pitfalls and promise. *Psychological medicine*, 47(16), 2743–2752. <https://doi.org/10.1017/S0033291717001350>
- Gunn, J. F. y Lester, D. (2015). *Theories of suicide: Past, present and future*. Charles C Thomas Publisher.
- Gvion, Y. y Apter, A. (2011). Aggression, Impulsivity, and Suicide Behavior: A Review of the Literature. *Archives of Suicide Research*, 15(2), 93–112. <https://doi.org/10.1080/13811118.2011.565265>
- Hagan, C. R., Podlogar, M. C., Chu, C. y Joiner, T. E. (2015). Testing the interpersonal theory of suicide: The moderating role of hopelessness. *International Journal of Cognitive Therapy*, 8, 99–113. <http://dx.doi.org/10.1521/ijct.2015.8.2.99>
- Hallensleben, N., Spangenberg, L., Kapusta, N. D., Forkmann, T. y Glaesmer, H. (2016). The German version of the Interpersonal Needs Questionnaire (INQ)—Dimensionality, psychometric properties and population-based norms. *Journal of Affective Disorders*, 195, 191–198. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2016.01.045>
- Hambleton, R. K. (2001). The next generation of the ITC Test Translation and Adaptation Guidelines. *European Journal of Psychological Assessment*, 17(3), 164–172. <https://doi.org/10.1027/1015-5759.17.3.164>
- Hanna, D., White, R., Lyons, K., McParland, M. J., Shannon, C. y Mulholland, C. (2011). The structure of the Beck Hopelessness Scale: A confirmatory factor

- analysis in UK students. *Personality and Individual Differences*, 51(1), 17–22. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2011.03.001>
- Harmer, B., Lee, S., Duong, T. y Saadabadi, A. (2021). *Suicidal Ideation*. StatPearls Publishing.
- Harris, E. C. y Barraclough, B. M. (1994). Suicide as an outcome for medical disorders. *Medicine*, 73(6), 281–296. <https://doi.org/10.1097/00005792-199411000-00001>
- Harris, E. C. y Barraclough, B. (1997). Suicide as an outcome for mental disorders. A meta-analysis. *The British journal of psychiatry*, 170, 205–228. <https://doi.org/10.1192/bjp.170.3.205>
- Haslbeck, J. M. B. y Fried, E. I. (2017). How predictable are symptoms in psychopathological networks? A reanalysis of 18 published datasets. *Psychological Medicine*, 47(16), 2767–2776. <https://doi.org/10.1017/S0033291717001258>
- Haslbeck, J. M. B. y Waldorp, L. J. (2016). mgm: Structure Estimation for Time-Varying Mixed Graphical Models in high-dimensional Data. *Journal of Statistical Software*. <http://arxiv.org/abs/1510.06871v2>.
- Haslbeck, J. y Waldorp, L. (2020). mgm: Estimating Time-Varying Mixed Graphical Models in High-Dimensional Data. *Journal of Statistical Software*, 93(8), 1–46. <http://dx.doi.org/10.18637/jss.v093.i08>
- Have, M. ten, de Graaf, R., van Dorsselaer, S., Verdurmen, J., van't Land, H., Vollebergh, W. y Beekman, A. (2009). Incidence and Course of Suicidal Ideation and Suicide Attempts in the General Population. *The Canadian*

- Journal of Psychiatry*, 54(12), 824–833.
<https://doi.org/10.1177/070674370905401205>
- Haw, C., Hawton, K., Niedzwiedz, C. y Platt, S. (2013). Suicide Clusters: A Review of Risk Factors and Mechanisms. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 43(1), 97–108. <https://doi.org/10.1111/j.1943-278x.2012.00130.x>
- Hawton, K., Saunders, K. E. y O'Connor, R. C. (2012). Self-harm and suicide in adolescents. *The Lancet*, 379(9834), 2373–2382.
[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)60322-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(12)60322-5)
- Hawton, K. y van Heeringen, K. (2009). Suicide. *Lancet*, 373(9672), 1372–1381.
[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(09\)60372-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(09)60372-X)
- Hay, C. y Meldrum, R. (2010). Bullying victimization and adolescent self-harm: testing hypotheses from general strain theory. *Journal of youth and adolescence*, 39(5), 446–459. <https://doi.org/10.1007/s10964-009-9502-0>
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D. y Wilson, K. G. (2012). *Acceptance and Commitment Therapy: The process and practice of mindful change*. Guilford Press.
- Hayes, S. C., Wilson, K. G., Gifford, E. V., Follette, V. M. y Strosahl, K. (1996). Experimental avoidance and behavioral disorders: a functional dimensional approach to diagnosis and treatment. *Journal of consulting and clinical psychology*, 64(6), 1152–1168. <https://doi.org/10.1037//0022-006x.64.6.1152>
- Hewitt, P. L. y Flett, G. L. (1991). Perfectionism in the self and social contexts: Conceptualization, assessment, and association with psychopathology. *Journal of Personality and Social Psychology*, 60(3), 456–470.
<https://doi.org/10.1037/0022-3514.60.3.456>

- Hill, R. D., Gallagher, D., Thompson, L. W. y Ishida, T. (1988). Hopelessness as a measure of suicidal intent in the depressed elderly. *Psychology and Aging*, 3(3), 230–232. <https://doi.org/10.1037/0882-7974.3.3.230>
- Hill, R. M., Kaplow, J. B., Oosterhoff, B. y Layne, C. M. (2019). Understanding grief reactions, thwarted belongingness, and suicide ideation in bereaved adolescents: Toward a unifying theory. *Journal of clinical psychology*, 75(4), 780–793. <https://doi.org/10.1002/jclp.22731>
- Hill, R. M. y Pettit, J. W. (2012). Suicidal ideation and sexual orientation in college students: The roles of perceived burdensomeness, thwarted belongingness, and perceived rejection due to sexual orientation. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 42(5), 567–579. <https://doi.org/10.1111/j.1943-278X.2012.00113.x>
- Hill, R. M. y Pettit, J. W. (2013). The Role of Autonomy Needs in Suicidal Ideation: Integrating the Interpersonal-Psychological Theory of Suicide and Self-Determination Theory. *Archives of Suicide Research*, 17(3), 288–301. [doi:10.1080/13811118.2013.777001](https://doi.org/10.1080/13811118.2013.777001)
- Hill, R. M., Rey, Y., Marin, C. E., Sharp, C., Green, K. L. y Pettit, J. W. (2015). Evaluating the Interpersonal Needs Questionnaire: Comparison of the Reliability, Factor Structure, and Predictive Validity across Five Versions. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 45(3), 302–314. <https://doi.org/10.1111/sltb.12129>
- Hjelmeland H. (1996). Verbally expressed intentions of parasuicide: II. Prediction of fatal and nonfatal repetition. *Crisis*, 17(1), 10–14. <https://doi.org/10.1027/0227-5910.17.1.10>

- Hjelmeland, H. y Knizek, B. L. (2019). The emperor's new clothes? A critical look at the interpersonal theory of suicide. *Death Studies*, 44(3), 168–178. <https://doi.org/10.1080/07481187.2018.1527796>
- Holden, R. R., Mehta, K., Cunningham, E. J. y McLeod, L. D. (2001). Development and preliminary validation of a scale of psychache. *Canadian Journal of Behavioural Science*, 33(4), 224–232. <https://doi.org/10.1037/h0087144>
- Holzinger, K. J. y Swineford, F. (1937). The Bi-factor method. *Psychometrika*, 2, 41–54. <https://doi.org/10.1007/bf02287965>
- Hong, H. J. y Shin, S. H. (2021). Suicidal Ideation of Men with Alcohol Use Disorder in South Korea: A Structural Equation Modeling Analysis. *International journal of environmental research and public health*, 18(7), 3353. <https://doi.org/10.3390/ijerph18073353>
- Horton, S. E., Hughes, J. L., King, J. D., Kennard, B. D., Westers, N. J., Mayes, T. L. y Stewart, S. M. (2016). Preliminary Examination of the Interpersonal Psychological Theory of Suicide in an Adolescent Clinical Sample. *Journal of abnormal child psychology*, 44(6), 1133–1144. <https://doi.org/10.1007/s10802-015-0109-5>
- Hu, L.T. y 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>
- Huth-Bocks, A. C., Kerr, D., Ivey, A. Z., Kramer, A. C. y King, C. A. (2007). Assessment of psychiatrically hospitalized suicidal adolescents: self-report instruments as predictors of suicidal thoughts and behavior. *Journal of the*

- American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 46(3), 387–395.
<https://doi.org/10.1097/chi.obo13e31802b9535>
- Iliceto, P., D'Antuono, L., Fino, E., Carcione, A., Candilera, G., Silva, C. y Joiner, T. E. (2020). Psychometric properties of the Italian version of the Interpersonal Needs Questionnaire-15 (INQ-15-I). *Journal of Clinical Psychology*, 77(1), 268–285. <https://doi.org/10.1002/jclp.23026>
- Inskip, H. M., Harris, E. C. y Barraclough, B. (1998). Lifetime risk of suicide for affective disorder, alcoholism and schizophrenia. *The British journal of psychiatry*, 172, 35–37. <https://doi.org/10.1192/bjp.172.1.35>
- Instituto Nacional de Estadística (2021). *Estadísticas de Defunción por Causa de Muerte 2019*. <https://www.ine.es/jaxiT3/Tabla.htm?t=7947>
- International Test Commission (2010). *International Test Commission Guidelines for Translating and Adapting Tests*. <http://www.intestcom.org>
- Ivanoff, A. (1989). Identifying psychological correlates of suicidal behavior in jail and detention facilities. *Psychiatric Quarterly*, 60(1), 73–84. <https://doi.org/10.1007/bf01064364>
- Jiménez-Rodríguez, I., García-Leiva, J. M., Jiménez-Rodríguez, B. M., Condés-Moreno, E., Rico-Villademoros, F. y Calandre, E. P. (2014). Suicidal ideation and the risk of suicide in patients with fibromyalgia: a comparison with non-pain controls and patients suffering from low-back pain. *Neuropsychiatric disease and treatment*, 10, 625–630. <https://doi.org/10.2147/NDT.S57596>
- Jobes, D. A., Jacoby, A. M., Cimboic, P. y Husted, L. A. T. (1997). Assessment and treatment of suicidal clients in a university counseling center. *Journal of*

- Counseling Psychology*, 44(4), 368–377. <https://doi.org/10.1037/0022-0167.44.4.368>
- Jobes, D. A. y Joiner, T. E. (2019). Reflections on Suicidal Ideation. *Crisis: The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention*, 40(4), 227–230. <https://doi.org/10.1027/0227-5910/a000615>
- Johansson, L. A., Pavillon, G., Anderson, R., Glenn, D., Griffiths, C., Hoyert, D., Jackson, G., Notzon, F. S., Rooney, C., Ronserberg, H. M., Walker, S. y Weber, S. (2006). Counting the dead and what they died of. *Bulletin of the World Health Organization*, 84(3), 254-256.
- Johnson, J., Gooding, P. y Tarrier, N. (2008). Suicide risk in schizophrenia: Explanatory models and clinical implications. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 81, 55-77. <https://doi.org/10.1348/147608307x244996>
- Joiner, T. E. (2005). *Why people die by suicide*. Harvard University Press.
- Joiner, T. E., Brown, J. S. y Wingate, L. R. (2005). The psychology and neurobiology of suicidal behavior. *Annual review of psychology*, 56, 287–314. <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.56.091103.070320>
- Joiner, T. E., Jr., Van Orden, K. A., Witte, T. K. y Rudd, M. D. (2009a). *The interpersonal theory of suicide: Guidance for working with suicidal clients*. American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/11869-000>
- Joiner, T. E., Van Orden, K. A., Witte, T. K., Selby, E. A., Ribeiro, J. D., Lewis, R. y Rudd, M. D. (2009b). Main predictions of the interpersonal-psychological theory of suicidal behavior: empirical tests in two samples of young adults.

- Journal of abnormal psychology*, 118(3), 634–646.
<https://doi.org/10.1037/a0016500>
- Kanzler, K. E., Bryan, C. J., McGeary, D. D. y Morrow, C. E. (2012). Suicidal ideation and perceived burdensomeness in patients with chronic pain. *Pain practice*, 12(8), 602–609. <https://doi.org/10.1111/j.1533-2500.2012.00542.x>
- Kashdan, T. B., Barrios, V., Forsyth, J. P. y Steger, M. F. (2006). Experiential avoidance as a generalized psychological vulnerability: comparisons with coping and emotion regulation strategies. *Behaviour research and therapy*, 44(9), 1301–1320. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2005.10.003>
- Kassing, F., Dodd, C. G., Palmer, L. E. y Hill, R. M. (2020). Comfort Expressing Emotions and Suicide Ideation: Evidence of Indirect Effects Via Perceived Burdensomeness and Thwarted Belongingness. *Archives of suicide research*, 1–10. <https://doi.org/10.1080/13811118.2020.1841053>
- Katz, C., Bolton, J. y Sareen J. (2015). The prevalence rates of suicide are likely underestimated worldwide: why it matters. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 51(1), 125–127. <https://doi.org/10.1007/s00127-015-1158-3>
- Keefner, T. P. y Stenvig, T. (2020). Rethinking Suicide Risk With a New Generation of Suicide Theories. *Research and theory for nursing practice*, 34(4), 389–408. <https://doi.org/10.1891/RTNP-D-19-00128>
- Kendler, K. S., Zachar, P. y Craver, C. (2011). What kinds of things are psychiatric disorders?. *Psychological medicine*, 41(6), 1143–1150.
<https://doi.org/10.1017/S0033291710001844>
- Kerkhof, A. J. y van Spijker, B. (2011). Worrying and rumination as proximal risk factors for suicidal behaviour. En R. C. O'Connor, S. Platt y J. Gordon (Eds.),

- International Handbook of Suicide Prevention: Research, Policy and Practice* (pp. 199–209). Wiley-Blackwell.
- Kessler, R. C., Borges, G. y Walters, E. E. (1999). Prevalence of and Risk Factors for Lifetime Suicide Attempts in the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry*, 56(7), 617-626.
<https://doi.org/10.1001/archpsyc.56.7.617>
- Khazem, L. R., Jahn, D. R., Cukrowicz, K. C. y Anestis, M. D. (2015). Physical Disability and the Interpersonal Theory of Suicide. *Death studies*, 39(10), 641–646. <https://doi.org/10.1080/07481187.2015.1047061>
- King, C. A. (1997). Suicidal behaviour in adolescence. En R.W. Maris, M.M. Silverman, y S.S. Canetto (Eds.), *Review of suicidology* (pp. 61-95). The Guilford Press.
- Kirby, M., Bruce, I., Radic, A., Coakley, D. y Lawlor, B.A. (1997). Hopelessness and suicidal feelings among the community dwelling elderly in Dublin. *Irish Journal of Psychological Medicine*, 14(4), 124–127.
- Kirtley, O. J., O'Connor, R. C. y O'Carroll, R. E. (2015). Hurting inside and out? Emotional and physical pain in self-harm ideation and enactment. *International Journal of Cognitive Therapy*, 8(2), 156–171.
<https://doi.org/10.1521/ijct.2015.8.2.156>
- Kleiman E. M. (2020). Suicidal thinking as a valuable clinical endpoint. *EClinicalMedicine*, 23, 100399.
<https://doi.org/10.1016/j.eclinm.2020.100399>
- Kleiman, E. M., Turner, B. J., Fedor, S., Beale, E. E., Huffman, J. C. y Nock, M. K. (2017). Examination of real-time fluctuations in suicidal ideation and its risk

- factors: Results from two ecological momentary assessment studies. *Journal of abnormal psychology*, 126(6), 726–738. <https://doi.org/10.1037/abn0000273>
- Klonsky, E. D., Kotov, R., Bakst, S., Rabinowitz, J. y Bromet, E. J. (2012). Hopelessness as a predictor of attempted suicide among first admission patients with psychosis: a 10-year cohort study. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 42(1), 1–10. <https://doi.org/10.1111/j.1943-278X.2011.00066.x>
- Klonsky, E. D. y May, A. M. (2014). Differentiating Suicide Attempters from Suicide Ideators: A Critical Frontier for Suicidology Research. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 44(1), 1–5. <https://doi.org/10.1111/sltb.12068>
- Klonsky, E. D. y May, A. M. (2015). The Three-Step Theory (3ST): A New Theory of Suicide Rooted in the “Ideation-to-Action” Framework. *International Journal of Cognitive Therapy*, 8(2), 114–129. <https://doi.org/10.1521/ijct.2015.8.2.114>
- Klonsky, E. D., May, A. M. y Saffer, B. Y. (2016). Suicide, Suicide Attempts, and Suicidal Ideation. *Annual Review of Clinical Psychology*, 12(1), 307–330. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-021815-093204>
- Klonsky, E. D., Qiu, T. y Saffer, B. Y. (2017). Recent advances in differentiating suicide attempters from suicide ideators. *Current Opinion in Psychiatry*, 30(1), 15–20. <https://doi.org/10.1097/ycp.0000000000000294>
- Klonsky, E. D., Saffer, B. Y. y Bryan, C. J. (2018). Ideation-to-action theories of suicide: a conceptual and empirical update. *Current Opinion in Psychology*, 22, 38–43. <https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2017.07.020>

- Kohlenberg, R. J. y Tsai, M. (1994). Functional analytic psychotherapy: A radical behavioral approach to treatment and integration. *Journal of Psychotherapy Integration*, 4(3), 175–201. <https://doi.org/10.1037/h0101264>
- Koivumaa-Honkanen, H., Honkanen, R., Viinamäki, H., Heikkilä, K., Kaprio, J. y Koskenvuo, M. (2001). Life satisfaction and suicide: a 20-year follow-up study. *The American journal of psychiatry*, 158(3), 433–439. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.158.3.433>
- Krafft, J., Hicks, E. T., Mack, S. A. y Levin, M. E. (2019). Psychological Inflexibility Predicts Suicidality Over Time in College Students. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 49(5), 1488–1496. <https://doi.org/10.1111/sltb.12533>
- Kreitman, N., Philip, A. E., Greer, S. y Bagley, C. R. (1969). Parasuicide. *The British Journal of Psychiatry*, 115(523), 746–747. <https://doi.org/10.1192/bjp.115.523.746-a>
- Kroenke, K., Spitzer, R. L. y Williams, J. B. (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>
- Kruyen, P. M., Emons, W. H. M. y Sijtsma K. (2013). On the Shortcomings of Shortened Test: A Literature Review. *International Journal of Testing*, 13(3), 223–248. <https://doi.org/10.1080/15305058.2012.703734>
- Kumar, U. (2017). Preface. En U. Kumar (ed), *Handbook of Suicidal Behaviour* (pp. 9-14). Springer.
- Kuo, W. H., Gallo, J. J. y Eaton, W. W. (2004). Hopelessness, depression, substance disorder, and suicidality--a 13-year community-based study. *Social*

psychiatry and psychiatric epidemiology, 39(6), 497–501.
<https://doi.org/10.1007/s00127-004-0775-z>

Kwok S. Y. (2011). Perceived family functioning and suicidal ideation: hopelessness as mediator or moderator. *Nursing research*, 60(6), 422–429.
<https://doi.org/10.1097/NNR.obo13e31823585d6>

Kyron, M. J., Hooke, G. R. y Page, A. C. (2019). Assessing interpersonal and mood factors to predict trajectories of suicidal ideation within an inpatient setting. *Journal of affective disorders*, 252, 315–324.
<https://doi.org/10.1016/j.jad.2019.04.029>

Lafuente-Castro, C. P., Ordóñez-Carrasco, J. L., Garcia-Leiva, J. M., Salgueiro-Macho, M. y Calandre, E. P. (2018). Perceived burdensomeness, thwarted belongingness and suicidal ideation in patients with fibromyalgia and healthy subjects: a cross-sectional study. *Rheumatology international*, 38(8), 1479–1486. <https://doi.org/10.1007/s00296-018-4067-4>

Large, M., Galletly, C., Myles, N., Ryan, C. J. y Myles, H. (2017). Known unknowns and unknown unknowns in suicide risk assessment: evidence from meta-analyses of aleatory and epistemic uncertainty. *BJPsych bulletin*, 41(3), 160–163. <https://doi.org/10.1192/pb.bp.116.054940>

Levinger, S., Somer, E. y Holden, R. R. (2015). The importance of mental pain and physical dissociation in youth suicidality. *Journal of trauma & dissociation*, 16(3), 322–339. <https://doi.org/10.1080/15299732.2014.989644>

Li, X., Ren, Y., Zhang, X., Zhou, J., Su, B., Liu, S., Cai, H., Liu, J. y You, J. (2020). Testing the Integrated Motivational-Volitional Model of Suicidal Behavior in

- Chinese Adolescents. *Archives of suicide research*, 1–17.
<https://doi.org/10.1080/13811118.2019.1690607>
- Li, S., Yaseen, Z. S., Kim, H. J., Briggs, J., Duffy, M., Frechette-Hagan, A., Cohen, L. J. y Galynker, I. I. (2018). Entrapment as a mediator of suicide crises. *BMC psychiatry*, 18(1), 4. <https://doi.org/10.1186/s12888-018-1587-0>
- Lim, K. S., Wong, C. H., McIntyre, R. S., Wang, J., Zhang, Z., Tran, B. X., Tan, W., Ho, C. S. y Ho, R. C. (2019). Global Lifetime and 12-Month Prevalence of Suicidal Behavior, Deliberate Self-Harm and Non-Suicidal Self-Injury in Children and Adolescents between 1989 and 2018: A Meta-Analysis. *International journal of environmental research and public health*, 16(22), 4581. <https://doi.org/10.3390/ijerph16224581>
- Linehan, M. M. (1981). *Suicidal Behaviors questionnaire*. Unpublished inventory, University of Washington, Seattle.
- Linehan, M. M. (1983). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. Guilford Publications.
- Linehan, M. M. (1986). *Suicidal Behaviors Questionnaire (SBQ)*. Unpublished manuscript, Department of Psychology, University of Washington, Seattle.
- Linehan, M. M., Armstrong, H. E., Suarez, A., Allman, D. y Heard, H. L. (1991). Cognitive-behavioral treatment of chronically parasuicidal borderline patients. *Archives of General Psychiatry*, 48, 1060-1064.
- Linehan, M. M. (1993). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. Guilford Publications.
- Linehan, M. M., Goodstein, J. L., Nielsen, S. L. y Chiles, J. A. (1983). Reasons for staying alive when you are thinking of killing yourself: The Reasons for Living

- Inventory. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 51(2), 276–286.
<https://doi.org/10.1037/0022-006x.51.2.276>
- Lloret-Segura, S., Ferreres-Traver, A., Hernández-Baeza, A. y Tomás-Marco, I. (2014). El Análisis Factorial Exploratorio de los Ítems: una guía práctica, revisada y actualizada. *Anales de Psicología*, 30(3), 1151-1169.
<https://dx.doi.org/10.6018/analesps.30.3.199361>
- López-Castroman, J., Blasco-Fontecilla, H., Courtet, P., Baca-Garcia, E., Oquendo, M. A (2015). Are we studying the right populations to understand suicide? *World Psychiatry*, 14(3), 368-369. <http://dx.doi.org/10.1002/wps.20261.4>
- Louzon, S. A., Bossarte, R., McCarthy, J. F. y Katz, I. R. (2016). Does Suicidal Ideation as Measured by the PHQ-9 Predict Suicide Among VA Patients?. *Psychiatric services*, 67(5), 517–522.
<https://doi.org/10.1176/appi.ps.201500149>
- Lucht, L., Höller, I., Forkmann, T., Teismann, T., Schönfelder, A., Rath, D., Paashaus, L., Stengler, K., Juckel, G. y Glaesmer, H. (2020). Validation of the motivational phase of the integrated motivational-volitional model of suicidal behavior in a German high-risk sample. *Journal of affective disorders*, 274, 871–879. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.05.079>
- Luoma, J. B., Martin, C. E. y Pearson, J. L. (2002). Contact with mental health and primary care providers before suicide: a review of the evidence. *The American journal of psychiatry*, 159(6), 909–916.
<https://doi.org/10.1176/appi.ajp.159.6.909>

- Luxton, D. D., Rudd, M. D., Reger, M. A. y Gahm, G. A. (2011). A psychometric study of the Suicide Ideation Scale. *Archives of suicide research*, 15(3), 250–258. <https://doi.org/10.1080/13811118.2011.589720>
- Lyons, C., Price, P., Embling, S. y Smith, C. (2000). Suicide risk assessment: a review of procedures. *Accident and emergency nursing*, 8(3), 178–186. <https://doi.org/10.1054/aaen.2000.0153>
- Ma, J., Batterham, P. J., Calear, A. L. y Han, J. (2016). A systematic review of the predictions of the Interpersonal-Psychological Theory of Suicidal Behaviour. *Clinical Psychology Review*, 46, 34-45. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2016.04.008>
- Mandracchia, J. T. y Smith, P. N. (2015). The interpersonal theory of suicide applied to male prisoners. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 45, 293–301. <http://dx.doi.org/10.1111/sltb.12132>
- Mandracchia, J. T., Sunderland, M. N. y To, Y. M. (2019). Evaluating the role of interpersonal hopelessness in the interpersonal theory of suicide. *Death studies*, 1–5. Advance online publication. <https://doi.org/10.1080/07481187.2019.1671549>
- Mann J. J. (2003). Neurobiology of suicidal behaviour. *Nature reviews. Neuroscience*, 4(10), 819–828. <https://doi.org/10.1038/nrn1220>
- Mann, J. J., Wateraux, C., Haas, G. L. y Malone, K. M. (1999). Toward a clinical model of suicidal behavior in psychiatric patients. *The American journal of psychiatry*, 156(2), 181–189. <https://doi.org/10.1176/ajp.156.2.181>
- Martin, C. E., Pukay-Martin, N. D., Blain, R. C., Dutton-Cox, C. y Chard, K. M. (2020). Suicidal Ideation in a Veterans Affairs Residential Posttraumatic

- Stress Disorder Treatment Setting: The Roles of Thwarted Belongingness and Perceived Burdensomeness. *Journal of traumatic stress*.
<https://doi.org/10.1002/jts.22540>
- Marty, M. A., Segal, D. L., Coolidge, F. L. y Klebe, K. J. (2012). Analysis of the psychometric properties of the Interpersonal Needs Questionnaire (INQ) among community-dwelling older adults. *Journal of clinical psychology*, 68(9), 1008–1018. <https://doi.org/10.1002/jclp.21877>
- May, A. M. y Klonsky, E. D. (2016). What Distinguishes Suicide Attempters From Suicide Ideators? A Meta-Analysis of Potential Factors. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 23(1), 5–20. <https://doi.org/10.1111/cpsp.12136>
- Mayo, D.J. (1992). What is being predicted?: The definition of “suicide.” En R. Maris, A. Berman, J. Maltzberger y R. Yufit (Eds.), *Assessment and prediction of suicide* (pp. 88–101). Guilford.
- McAuliffe, C. M. (2002). Suicidal Ideation as an Articulation of Intent: A Focus for Suicide Prevention? *Archives of Suicide Research*, 6(4), 325–338.
<https://doi.org/10.1080/13811110214524>
- McCarty, C. A., Russo, J., Grossman, D. C., Katon, W., Rockhill, C., McCauley, E., Richards, J. y Richardson, L. (2011). Adolescents with suicidal ideation: health care use and functioning. *Academic pediatrics*, 11(5), 422–426.
<https://doi.org/10.1016/j.acap.2011.01.004>
- McCullumsmith, C. B., Williamson, D. J., May, R. S., Bruer, E. H., Sheehan, D. V. y Alphas, L. D. (2014). Simple Measures of Hopelessness and Impulsivity are Associated with Acute Suicidal Ideation and Attempts in Patients in Psychiatric Crisis. *Innovations in clinical neuroscience*, 11(9-10), 47–53.

- McIntosh J., Santos, J., Hubbard, R. y Overholser, J. (1994). *Elder suicide: research, theory, and treatment*. American Psychological Association.
- McLaughlin, J., O'Carroll, R. E. y O'Connor, R. C. (2012). Intimate partner abuse and suicidality: a systematic review. *Clinical psychology review*, 32(8), 677–689.
<https://doi.org/10.1016/j.cpr.2012.08.002>
- McNally, R. J. (2016). Can network analysis transform psychopathology? *Behaviour Research and Therapy*, 86, 95–104.
<https://doi.org/10.1016/j.brat.2016.06.006>
- Meleis, A. I. (2012). On being and becoming a scholar. En A. I. Meleis (ed), *Theoretical nursing: Development & AQ7 progress*, 5th ed. (pp. 7–22). Lippincott Williams & Wilkins.
- Meerwijk, E. L. y Weiss, S. J. (2011). Toward a Unifying Definition of Psychological Pain. *Journal of Loss and Trauma*, 16(5), 402–412.
<https://doi.org/10.1080/15325024.2011.572044>
- Meerwijk, E. L. y Weiss, S. J. (2014). Toward a unifying definition: response to 'The concept of mental pain'. *Psychotherapy and psychosomatics*, 83(1), 62–63.
<https://doi.org/10.1159/000348869>
- Meneese, W. B. y Yutrzenka, B. A. (1990). Correlates of suicidal ideation among rural adolescents. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 20(3), 206–212.
- Miers, A. C., Weeda, W. D., Blöte, A. W., Cramer, A. O. J., Borsboom, D. y Westenberg, P. M. (2020). A cross-sectional and longitudinal network analysis approach to understanding connections among social anxiety components in youth. *Journal of Abnormal Psychology*, 129(1), 82–91.
<https://doi.org/10.1037/abn0000484>

- Millner, A. J., Robinaugh, D. J. y Nock, M. K. (2020). Advancing the Understanding of Suicide: The Need for Formal Theory and Rigorous Descriptive Research. *Trends in Cognitive Sciences*, 24(9), 704-716. <https://doi.org/10.1016/j.tics.2020.06.007>
- Mills, J. F., Green, K. y Reddon, J. R. (2005). An evaluation of the Psychache Scale on an offender population. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 35(5), 570–580. <https://doi.org/10.1521/suli.2005.35.5.570>
- Minkoff, K., Bergman, E., Beck, A. T. y Beck, R. (1973). Hopelessness, depression, and attempted suicide. *The American journal of psychiatry*, 130(4), 455–459. <https://doi.org/10.1176/ajp.130.4.455>
- Miret, M., Nuevo, R., Morant, C., Sainz-Cortón, E., Jiménez-Arriero, M. Á., López-Ibor, J. J., Reneses, B., Saiz-Ruiz, J., Baca-García, E. y Ayuso-Mateos, J. L. (2010). Calidad de los informes médicos sobre personas que han intentado suicidarse. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 3(1), 13–18. [https://doi.org/10.1016/s1888-9891\(10\)70003-3](https://doi.org/10.1016/s1888-9891(10)70003-3)
- Mitchell, S. M., Brown, S. L., Roush, J. F., Tucker, R. P., Cukrowicz, K. C. y Joiner, T. E. (2020). The Interpersonal Needs Questionnaire: Statistical Considerations for Improved Clinical Application. *Assessment*, 27(3), 621–637. <https://doi.org/10.1177/1073191118824660>
- Molock, S. D., Kimbrought, R. Lacy, M. B., McClure, K. P. y Williams, S. (1994). Suicidal behavior among African American college students: A preliminary study. *Journal of Black Psychology*, 20(2), 234-251.
- Monteith, L. L., Menefee, D. S., Pettit, J. W., Leopoulos, W. L. y Vincent, J. P. (2013). Examining the interpersonal-psychological theory of suicide in an inpatient

- veteran sample. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 43, 418–428.
<http://dx.doi.org/10.1111/sltb.12027>
- Montemarano, V., Troister, T., Lambert, C. E. y Holden, R. R. (2018). A four-year longitudinal study examining psychache and suicide ideation in elevated-risk undergraduates: A test of Shneidman's model of suicidal behavior. *Journal of clinical psychology*, 74(10), 1820–1832. <https://doi.org/10.1002/jclp.22639>
- Moore, J. (2000). Thinking about thinking and feeling about feeling. *The Behavior Analyst*, 23(1), 45–56. <https://doi.org/10.1007/bf03391998>
- Morata-Ramírez, M. A., Holgado-Tello, F. P., Barbero-García, I. y Méndez, G. (2015). Análisis factorial confirmatorio. Recomendaciones sobre mínimos cuadrados no ponderados en función del error tipo I de Ji-Cuadrado y RMSEA. *Acción psicológica*, 12(1), 79-90. <https://doi.org/10.5944/ap.12.1.14362>.
- Morón, P. (1992). *El suicidio*. Publicaciones Cruz O. S.A.
- Morrison, R. y O'Connor, R. C. (2008). A Systematic Review of the Relationship Between Rumination and Suicidality. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 38(5), 523–538. <https://doi.org/10.1521/suli.2008.38.5.523>
- Mościcki E. K. (1995). Epidemiology of suicidal behavior. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 25(1), 22–35.
- Muñiz, J., Elosua, P., Hambleton, R. K. y International Test Commission (2013). Directrices para la traducción y adaptación de los tests: segunda edición [International Test Commission Guidelines for test translation and adaptation: second edition]. *Psicothema*, 25(2), 151–157.
<https://doi.org/10.7334/psicothema2013.24>

Muthén, L. K. y Muthén, B. O. (1998-2012). *Mplus User's Guide, Seventh Edition*.

Muthén & Muthén.

Na, P. J., Yaramala, S. R., Kim, J. A., Kim, H., Goes, F. S., Zandi, P. P., Vande Voort,

J. L., Sutor, B., Croarkin, P. y Bobo, W. V. (2018). The PHQ-9 Item 9 based

screening for suicide risk: a validation study of the Patient Health

Questionnaire (PHQ)-9 Item 9 with the Columbia Suicide Severity Rating

Scale (C-SSRS). *Journal of affective disorders*, 232, 34–40.

<https://doi.org/10.1016/j.jad.2018.02.045>

Nagy, N. E., El-Serafi, D. M., Elrassas, H. H., Abdeen, M. S. y Mohamed, D. A.

(2020). Impulsivity, hostility and suicidality in patients diagnosed with

obsessive compulsive disorder. *International journal of psychiatry in clinical*

practice, 24(3), 284–292. <https://doi.org/10.1080/13651501.2020.1773503>

Navarro-Gómez, N. (2017). El suicidio en jóvenes en España: cifras y posibles causas.

Análisis de los últimos datos disponibles. *Clínica y Salud*, 28(1), 25–31.

<https://doi.org/10.1016/j.clysa.2016.11.002>

Nock, M. K., Borges, G., Bromet, E. J., Alonso, J., Angermeyer, M., Beautrais, A.,

Bruffaerts, R., Chiu, W. T., de Girolamo, G., Gluzman, S., de Graaf, R., Gureje,

O., Haro, J. M., Huang, Y., Karam, E., Kessler, R. C., Lepine, J. P., Levinson,

D., Medina-Mora, M. E., Ono, Y., ... Williams, D. (2008). Cross-national

prevalence and risk factors for suicidal ideation, plans and attempts. *The*

British journal of psychiatry, 192(2), 98–105.

<https://doi.org/10.1192/bjp.bp.107.040113>

Nock, M. K., Hwang, I., Sampson, N., Kessler, R. C., Angermeyer, M., Beautrais, A.,

Borges, G., Bromet, E., Bruffaerts, R., de Girolamo, G., de Graaf, R., Florescu,

- S., Gureje, O., Haro, J. M., Hu, C., Huang, Y., Karam, E. G., Kawakami, N., Kovess, V., Levinson, D., ... Williams, D. R. (2009). Cross-national analysis of the associations among mental disorders and suicidal behavior: findings from the WHO World Mental Health Surveys. *PLoS medicine*, 6(8), e1000123. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1000123>
- Nordentoft, M., Mortensen, P. B. y Pedersen, C. B. (2011). Absolute risk of suicide after first hospital contact in mental disorder. *Archives of general psychiatry*, 68(10), 1058–1064. <https://doi.org/10.1001/archgenpsychiatry.2011.113>
- O'Connor B. P. (2000). SPSS and SAS programs for determining the number of components using parallel analysis and velicer's MAP test. *Behavior research methods, instruments, & computers*, 32(3), 396–402. <https://doi.org/10.3758/bf03200807>
- O'Connor, R. C. (2003). Suicidal Behavior as a Cry of Pain: Test of a Psychological Model. *Archives of Suicide Research*, 7, 297–308. <https://doi.org/10.1080/713848941>
- O'Connor, R. C. (2011). The integrated motivational-volitional model of suicidal behavior. *Crisis: The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention*, 32(6), 295–298. <https://doi.org/10.1027/0227-5910/a000120>
- O'Connor, R. C., Armitage, C. J. y Gray, L. (2006). The role of clinical and social cognitive variables in parasuicide. *The British journal of clinical psychology*, 45(4), 465–481. <https://doi.org/10.1348/014466505X82315>
- O'Connor, R. C., Fraser, L., Whyte, M.-C., MacHale, S. y Masterton, G. (2009). Self-regulation of unattainable goals in suicide attempters: The relationship between goal disengagement, goal reengagement and suicidal ideation.

- Behaviour Research and Therapy*, 47(2), 164–169.
<https://doi.org/10.1016/j.brat.2008.11.001>
- O'Connor, R. C. y Kirtley, O. J. (2018). The integrated motivational–volitional model of suicidal behaviour. *Philosophical Transactions of the Royal Society B: Biological Sciences*, 373(1754), 20170268.
<https://doi.org/10.1098/rstb.2017.0268>
- O'Connor, R. C. y Nock, M. K. (2014). The psychology of suicidal behaviour. *The Lancet Psychiatry*, 1(1), 73–85. [https://doi.org/10.1016/s2215-0366\(14\)70222-6](https://doi.org/10.1016/s2215-0366(14)70222-6)
- O'Connor, R. C. y 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>
- O'Connor, R. C., Rasmussen, S. y Hawton, K. (2012). Distinguishing adolescents who think about self-harm from those who engage in self-harm. *British Journal of Psychiatry*, 200(4), 330–335. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.111.097808>
- O'Connor, R. C., Smyth, R., Ferguson, E., Ryan, C. y Williams, J. M. (2013). Psychological processes and repeat suicidal behavior: a four-year prospective study. *Journal of consulting and clinical psychology*, 81(6), 1137–1143.
<https://doi.org/10.1037/a0033751>
- O'Connor, R. C. y Williams, J. M. G. (2014). The relationship between positive future thinking, brooding, defeat and entrapment. *Personality and Individual Differences*, 70, 29–34. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2014.06.016>
- OECD (2020). *Suicide rates (indicator)*. <https://doi.org/10.1787/a82f3459-en>

- Olié, E., Guillaume, S., Jaussent, I., Courtet, P. y Jollant, F. (2010). Higher psychological pain during a major depressive episode may be a factor of vulnerability to suicidal ideation and act. *Journal of affective disorders*, *120*(1-3), 226–230. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2009.03.013>
- Opsahl, T., Agneessens, F. y 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>
- Oquendo, M. A. y Mann, J. J. (2000). The biology of impulsivity and suicidality. *The Psychiatric clinics of North America*, *23*(1), 11–25. [https://doi.org/10.1016/s0193-953x\(05\)70140-4](https://doi.org/10.1016/s0193-953x(05)70140-4)
- Oquendo, M. A., Sullivan, G. M., Sudol, K., Baca-García, E., Stanley, B. H., Sublette, M. E. y Mann, J. J. (2014). Toward a biosignature for suicide. *The American journal of psychiatry*, *171*(12), 1259–1277. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2014.14020194>
- Orbach, I., Mikulincer, M., Sirota, P. y Gilboa-Schechtman, E. (2003). Mental pain: a multidimensional operationalization and definition. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, *33*(3), 219–230. <https://doi.org/10.1521/suli.33.3.219.23219>
- Ordóñez-Carrasco, J. L., Cuadrado-Guirado, I. y Rojas, A. J. (en prensa). Escala de dolor psicológico: adaptación de la Psychache Scale al español en jóvenes adultos [Scale of psychological pain: Spanish adaptation of the Psychache Scale in young adults]. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*. <https://doi.org/10.1016/j.rpsm.2019.04.003>

- Ordóñez-Carrasco, J. L., Cuadrado-Guirado, I. y Rojas-Tejada, A. J. (2020a). Frustrated interpersonal needs as a motivational moderator in the integrated motivational-volitional model. *Death studies*. Publicación Online Avanzada. <https://doi.org/10.1080/07481187.2020.1783031>
- Ordóñez-Carrasco, J. L., Cuadrado-Guirado, I. y Rojas-Tejada, A. J. (2020b). Entrapment and Psychological Pain as Proximal Variables of Suicidal Ideation: Study of Moderation. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 29(5), 192-199. <https://doi.org/10.24205/03276716.2020.1020>
- Ordóñez-Carrasco, J. L., Cuadrado-Guirado, I. y Rojas-Tejada, A. J. (2020c). Experiential Avoidance in the Context of the Integrated Motivational-Volitional Model of Suicidal Behavior. *Crisis*. Publicación Online Avanzada. <https://doi.org/10.1027/0227-5910/a000721>
- Ordóñez-Carrasco, J. L., Cuadrado-Guirado, I. y Rojas, A. J. (2021). Adaptación al español de las escalas de derrota y atrapamiento en jóvenes adultos: propiedades psicométricas. *Terapia Psicológica*, 39(1), 17-37. <https://teps.cl/index.php/teps/article/view/326>
- Ordóñez-Carrasco, J. L., Sayans-Jiménez, P. y Rojas-Tejada, A.J. (2021). Ideation-to-action framework variables involved in the development of suicidal ideation: A network analysis. *Current Psychology*, en prensa. <https://doi.org/10.1007/s12144-021-01765-w>
- Ordóñez-Carrasco, J. L., Salgueiro, M., Sayans-Jiménez, P., Blanc-Molina, A., García-Leiva, J. M., Calandre, E. P. y Rojas, A. J. (2018). Propiedades psicométricas de la versión en español del Cuestionario de Necesidades Interpersonales de 12 ítems en pacientes con síndrome de fibromialgia

- [Psychometric properties of the Spanish version of the 12-item Interpersonal Needs Questionnaire in fibromyalgia syndrome patients]. *Anales de Psicología*, 34(2), 274-282. <https://doi.org/10.6018/analesps.34.2.293101>
- Ortega-González, M. (2018). *Comportamiento Suicida: Reflexiones críticas para su estudio desde un sistema psicológico*. Qartuppi.
- Osman, A., Gutierrez, P. M., Kopper, B. A., Barrios, F. X. y 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/pro.1998.82.3.783>
- Osman, A., Kopper, B. A., Linehan, M. M., Barrios, F. X., Gutierrez, P. M. y Bagge, C. L. (1999). Validation of the Adult Suicidal Ideation Questionnaire and the Reasons for Living Inventory in an adult psychiatric inpatient sample. *Psychological Assessment*, 11, 115-223.
- Owen, R., Dempsey, R., Jones, S. y Gooding, P. (2018). Defeat and Entrapment in Bipolar Disorder: Exploring the Relationship with Suicidal Ideation from a Psychological Theoretical Perspective. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 48(1), 116-128. <https://doi.org/10.1111/sltb.12343>
- Palmer, B. A., Pankratz, V. S. y Bostwick, J. M. (2005). The lifetime risk of suicide in schizophrenia: a reexamination. *Archives of general psychiatry*, 62(3), 247-253. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.62.3.247>
- Panagioti, M., Angelakis, I., Tarrier, N. y Gooding, P. (2017). A Prospective Investigation of the Impact of Distinct Posttraumatic (PTSD) Symptom Clusters on Suicidal Ideation. *Cognitive therapy and research*, 41(4), 645-653. <https://doi.org/10.1007/s10608-016-9829-2>

- Panagioti, M., Gooding, P., Taylor, P. J. y Tarrrier, N. (2013). A model of suicidal behavior in posttraumatic stress disorder (PTSD): the mediating role of defeat and entrapment. *Psychiatry research*, 209(1), 55–59. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2013.02.018>
- Park, Y. J., Ryu, H., Han, K., Kwon, J. H., Kim, H. K., Kang, H. C., Yoon, J. W., Cheon, S. H. y Shin, H. (2010). Suicidal ideation in adolescents: an explanatory model using LISREL. *Western journal of nursing research*, 32(2), 168–184. <https://doi.org/10.1177/0193945909349115>
- Patterson, A. A. y Holden, R. R. (2012). Psychache and suicide ideation among men who are homeless: A test of Shneidman's model. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 42, 147–156.
- Paykel, E. S., Myers, J. K., Lindenthal, J. J. y Tanner, J. (1974). Suicidal feelings in the general population: a prevalence study. *The British journal of psychiatry*, 124(0), 460–469. <https://doi.org/10.1192/bjp.124.5.460>
- Pearson-Nelson, B. J., Raffalovich, L. E. y Bjarnason, T. (2004). The effects of changes in the World Health Organization's International Classification of Diseases on suicide rates in 71 countries, 1950-1999. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 34(3), 328-336. <https://doi.org/10.1521/suli.34.3.328.42774>
- Pereira, E. J., Kroner, D. G., Holden, R. R. y Flamenbaum, R. (2010). Testing Shneidman's model of suicidality in incarcerated offenders and in undergraduates. *Personality and Individual Differences*, 49(8), 912–917. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2010.07.029>

- Perlman, C. M. y Neufeld, E. (2014). Suicide risk: themes for high quality assessment. En J. Cutcliffe, J. C. Santos, P. S. Links, J. Zaheer, H. G. Harder, F. Campbell, R. McCormick, K. Harder, Y. Bergmans y R. Eynan (Eds.), *Routledge International Handbook of Clinical Suicide Research* (pp. 187-197). Routledge.
- Pettit, J. W., Temple, S. R., Norton, P. J., Yaroslavsky, I., Grover, K. E., Morgan, S. T. y Schatte, D. J. (2009). Thought suppression and suicidal ideation: preliminary evidence in support of a robust association. *Depression and anxiety*, 26(8), 758–763. <https://doi.org/10.1002/da.20512>
- Pitman, A., Kryszynska, K., Osborn, D. y King, M. (2012). Suicide in young men. *The Lancet*, 379 (9834), 2383-2392. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)60731-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(12)60731-4)
- Pitman, A., Osborn, D., King, M. y Erlangsen, A. (2014). Effects of suicide bereavement on mental health and suicide risk. *The Lancet Psychiatry*, 1(1), 86–94. [https://doi.org/10.1016/s2215-0366\(14\)70224-x](https://doi.org/10.1016/s2215-0366(14)70224-x)
- Platt S. (2016) Inequalities and suicidal behavior. En R. C. O'Connor y J. Pirkis (Eds), *International handbook of suicide prevention* (pp. 258–283). Wiley Blackwell.
- Plutchik, R., van Praag, H. M., Conte, H. R. y Picard, S. (1989). Correlates of Suicide and Violence Risk 1: The Suicide Risk Measure. *Comprehensive Psychiatry*, 30, 296-302. [https://doi.org/10.1016/0010-440X\(89\)90053-9](https://doi.org/10.1016/0010-440X(89)90053-9)
- Podlogar, T., Žiberna, J., Poštuvan, V. y Kerr, D. (2017). Belongingness and Burdensomeness in Adolescents: Slovene Translation and Validation of the

- Interpersonal Needs Questionnaire. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 47(3), 336–352. <https://doi.org/10.1111/sltb.12276>
- Posner, K., Brodsky, B., Yershova, K., Buchanan, J. y Mann, J. (2014a). The Classification of Suicidal Behavior. En M. K. Nock (Ed.), *The Oxford Handbook of Suicide and Self-Injury*. Oxford University Press.
- Posner, K., Brown, G. K., Stanley, B., Brent, D. A., Yershova, K. V., Oquendo, M. A., Currier, G. W., Melvin, G. A., Greenhill, L., Shen, S. y Mann, J. J. (2011). The Columbia-Suicide Severity Rating Scale: initial validity and internal consistency findings from three multisite studies with adolescents and adults. *The American journal of psychiatry*, 168(12), 1266–1277. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2011.10111704>
- Posner, K., Oquendo, M. A., Gould, M., Stanley, B. y Davies, M. (2007). Columbia Classification Algorithm of Suicide Assessment (C-CASA): Classification of suicidal events in the FDA's pediatric suicidal risk analysis of antidepressants. *American Journal of Psychiatry*, 164(7), 1035–1043. <https://doi.org/10.1176/ajp.2007.164.7.1035>
- Posner, K., Subramany, R., Amira, L. y Mann, J. J. (2014b). From Uniform Definitions to Prediction of Risk: The Columbia Suicide Severity Rating Scale Approach to Suicide Risk Assessment. En K. E. Cannon y T. J. Hudzik (Eds.), *Suicide: Phenomenology and Neurobiology* (pp. 59-84). Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-319-09964-4_4
- Prinstein, M. J. (2008). Introduction to the special section on suicide and nonsuicidal self-injury: A review of unique challenges and important

- directions for self-injury science. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76(1), 1–8. <https://doi.org/10.1037/0022-006x.76.1.1>
- Quan, J., Yu, X., Cai, Y. y Tu, D. (2021). Comparison of Psychometric Characteristics for Five Versions of the Interpersonal Needs Questionnaire in Teenagers Sample. *Frontiers in Psychology*, 12, 676361. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.676361>
- Quinn, B. L. (2016). Using theory integration to explore complex health problems. *Advances in Nursing Science*, 39, 235–243. <https://doi.org/10.1097/ANS0000000000000126>
- Range, L. M. y Knott, E. C. (1997). Twenty suicide assessment instruments: evaluation and recommendations. *Death studies*, 21(1), 25–58. <https://doi.org/10.1080/074811897202128>
- Rasmussen, S. A., Fraser, L., Gotz, M., MacHale, S., Mackie, R., Masterton, G., McConachie, S. y O'Connor, R. C. (2010). Elaborating the cry of pain model of suicidality: Testing a psychological model in a sample of first-time and repeat self-harm patients. *The British journal of clinical psychology*, 49(1), 15–30. <https://doi.org/10.1348/014466509X415735>
- Ratcliffe, G. E., Enns, M. W., Belik, S. L. y Sareen, J. (2008). Chronic pain conditions and suicidal ideation and suicide attempts: an epidemiologic perspective. *The Clinical journal of pain*, 24(3), 204–210. <https://doi.org/10.1097/AJP.obo13e31815ca2a3>
- Regehr, C., LeBlanc, V. R., Bogo, M., Paterson, J. y Birze, A. (2015). Suicide risk assessments: Examining influences on clinicians' professional judgment. *The*

American journal of orthopsychiatry, 85(4), 295–301.
<https://doi.org/10.1037/orto0000075>

Reinherz, H. Z., Tanner, J. L., Berger, S. R., Beardslee, W. R. y Fitzmaurice, G. M. (2006). Adolescent suicidal ideation as predictive of psychopathology, suicidal behavior, and compromised functioning at age 30. *The American journal of psychiatry*, 163(7), 1226–1232.
<https://doi.org/10.1176/appi.ajp.163.7.1226>

Revelle, W. (2018). *psych: Procedures for Personality and Psychological Research (Version 1.8.12)*. Northwestern University. <https://CRAN.R-project.org/package=psych>

Reynolds, W. M. (1991a). *Adult Suicide Ideation Questionnaire: Professional Manual*. Psychological Assessment Resources.

Reynolds, W. M. (1991b). Psychometric characteristics of the Adult Suicidal Ideation Questionnaire in college students. *Journal of Personality Assessment*, 56(2), 289–307. https://doi.org/10.1207/s15327752jpa5602_9

Rhemtulla, M., Fried, E. I., Aggen, S. H., Tuerlinckx, F., Kendler, K. S. y Borsboom, D. (2016). Network analysis of substance abuse and dependence symptoms. *Drug and alcohol dependence*, 161, 230–237.
<https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2016.02.005>

Ribeiro, J. D. y Joiner, T. E. (2011). Present status and future prospects take up the interpersonal-psychological theory of suicidal behavior. In R. C. O'Connor, S. Platt y J. Gordon (Eds.), *International handbook of suicide prevention* (pp. 169–179). John Wiley

- Richard-Devantoy, S., Berlim, M. T. y Jollant, F. (2014). Suicidal behaviour and memory: A systematic review and meta-analysis. *The World Journal of Biological Psychiatry*, 16(8), 544–566.
<https://doi.org/10.3109/15622975.2014.925584>
- Rizvi, S. J., Iskric, A., Calati, R. y Courtet, P. (2017). Psychological and physical pain as predictors of suicide risk: evidence from clinical and neuroimaging findings. *Current opinion in psychiatry*, 30(2), 159–167.
<https://doi.org/10.1097/YCO.0000000000000314>
- Robinaugh, D. J., Hoekstra, R., Toner, E. R. y Borsboom, D. (2020). The network approach to psychopathology: a review of the literature 2008-2018 and an agenda for future research. *Psychological medicine*, 50(3), 353–366.
<https://doi.org/10.1017/S0033291719003404>
- Rockett, I. R. H., Kapusta, N. D. y Bhandari, R. (2011). Suicide misclassification in an international context: revisitation and update. *Suicidology Online*, 2, 48-61.
- Rodríguez-Pulido, F. y González-de-Rivera, F. (2000). Evaluación y medición del riesgo de autolesión y suicidio. En A. Balbuena, G. Berrios y P. Fernández-de-Larrinoa (Eds.), *Medición clínica en psiquiatría y psicología* (pp. 225-244). Masson S.A.
- Roemer, L., Salters, K., Raffa, S. D. y Orsillo, S. M. (2005). Fear and Avoidance of Internal Experiences in GAD: Preliminary Tests of a Conceptual Model. *Cognitive Therapy and Research*, 29(1), 71–88.
<https://doi.org/10.1007/s10608-005-1650-2>

- Rosenberg, M.L., Davidson, L.E., Smith, J.C., Berman, A.L., Buzbee, H., Gantner, G., Gay, G.A., Moore-Lewis, B., Mills, D.H., Murray, D., O'Carroll, P.W. y Jobes, D. (1988). Operational criteria for the determination of suicide. *Journal of Forensic Sciences*, 33(6), 1445–1456. <https://doi.org/10.1520/jfs12589j>
- Rubio, G., Montero, I., Jáuregui, J., Villanueva R., Casado, M. A., Marín, J. J. y Santo-Domingo, J. (1998). Validación de la escala de riesgo suicida de Plutchik en población española. *Archivos de Neurobiología*, 61, 143-152.
- Rudd M. D. (1989). The prevalence of suicidal ideation among college students. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 19(2), 173–183. <https://doi.org/10.1111/j.1943-278x.1989.tb01031.x>
- Rudd M. D. (1990). An integrative model of suicidal ideation. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 20(1), 16–30.
- Ruiz, F. J., Langer-Herrera, A. I., Luciano, C., Cangas, A. J. y Beltrán, I. (2013). Measuring experiential avoidance and psychological inflexibility: The Spanish version of the Acceptance and Action Questionnaire-II. *Psicothema*, 25, 123-129. <https://doi.org/10.7334/psicothema2011.239>
- Sáiz, P. A. y Bobes, J. (2014). Prevención del suicidio en España: una necesidad clínica no resuelta. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 7(1), 1-4. <https://doi.org/10.1016/j.rpsm.2014.01.003>
- Sánchez-Álvarez, N., Extremera-Pacheco, N., Rey, L., Chang, E. C. y Chang, O. D. (2020). Frequency of Suicidal Ideation Inventory: Psychometric Properties of the Spanish Version. *Psicothema*, 32(2), 253–260. <https://doi.org/10.7334/psicothema2019.344>

- Sanz, J. y García-Vera, M. P. (2013). Rendimiento diagnóstico y estructura factorial del Inventario de depresión de Beck-II (BDI-II) [Diagnostic performance and factorial structure of the Beck Depression Inventory–Second Edition (BDI-II)]. *Anales de Psicología*, 29, 66-75. <https://doi.org/10.6018/analesps.29.1.130532>
- Sanz, J., García-Vera, M. P., Espinosa, R., Fortún, M. y Vázquez, C. (2005). Adaptación española del Inventario para la Depresión de Beck-II (BDI-II): 3. Propiedades psicométricas en pacientes con trastornos psicológicos. *Ciencia y Salud*, 16, 121-142.
- Sanz, J., Perdigón, A. y Vázquez, C. (2003). Adaptación española del Inventario para la Depresión de Beck-II (BDI-II): 2. Propiedades psicométricas en población general. *Clínica y Salud*, 14, 249-280.
- Sayans-Jiménez, P., Harreveld, F., Dalege, J. y Rojas Tejada, A. J. (2018). Investigating stereotype structure with empirical network models. *European Journal of Social Psychology*, 49(3), 604–621. doi:10.1002/ejsp.2505
- Schafer, K. M., Kennedy, G., Gallyer, A. y Resnik, P. (2021). A direct comparison of theory-driven and machine learning prediction of suicide: A meta-analysis. *PloS one*, 16(4), e0249833. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0249833>
- Schinka, K. C., van Dulmen, M. H., Mata, A. D., Bossarte, R. y Swahn, M. (2013). Psychosocial predictors and outcomes of loneliness trajectories from childhood to early adolescence. *Journal of adolescence*, 36(6), 1251–1260. <https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2013.08.002>
- Schotte, D. E. y Clum, G. A. (1982). Suicide ideation in a college population: A test of a model. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 50, 690-696.

- Schotte, D. E. y Clum, G. A. (1987). Problem-solving skills in suicidal psychiatric patients. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 55, 49-54.
- Scott, K. M., Hwang, I., Chiu, W. T., Kessler, R. C., Sampson, N. A., Angermeyer, M., Beautrais, A., Borges, G., Bruffaerts, R., de Graaf, R., Florescu, S., Fukao, A., Haro, J. M., Hu, C., Kovess, V., Levinson, D., Posada-Villa, J., Scocco, P. y Nock, M. K. (2010). Chronic physical conditions and their association with first onset of suicidal behavior in the world mental health surveys. *Psychosomatic medicine*, 72(7), 712-719. <https://doi.org/10.1097/PSY.0b013e3181e3333d>
- Selby, E. A., Joiner, T. E. y Ribeiro, J. D. (2014). Comprehensive Theories of Suicidal Behaviors. En K. Nock (ed.), *The Oxford Handbook of Suicide and Self-Injury* (pp. 286-307). Oxford University Press.
- Shah, A. (2010). Suicide rates: age-associated trends and their correlates. *Journal of Injury and Violence Research*, 4(2), 79-86. <http://dx.doi.org/10.5249/jivr.v4i2.101>
- Shahar, G., Bareket, L., Rudd, M. D. y Joiner, T. E. (2006). In severely suicidal young adults, hopelessness, depressive symptoms, and suicidal ideation constitute a single syndrome. *Psychological medicine*, 36(7), 913-922. <https://doi.org/10.1017/S0033291706007586>
- Shelef, L., Fruchter, E., Hassidim, A. y Zalsman, G. (2015). Emotional regulation of mental pain as moderator of suicidal ideation in military settings. *European psychiatry*, 30(6), 765-769. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2014.12.004>
- Shneidman, E. S. (1985). *Definition of Suicide*. Jason Aronson Incorporated.

- Shneidman, E. S. (1987). A psychological approach to suicide. En G. R. VandenBos y B. K. Bryant (Eds.), *Cataclysms, crises, and catastrophes: Psychology in action. Master lectures series*. American Psychological Association.
- Shneidman, E. S. (1993). *Suicide as psychache: A clinical approach to self-destructive behavior*. Jason Aronson Incorporated.
- Shneidman, E. S. (1999). The psychological pain assessment scale. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 29, 287–294.
- Shneidman, E. S. (2001). Anodyne therapy: Relieving the suicidal patient's psychache. En H. G. Rosenthal (Ed.), *Favorite counseling and therapy homework assignments*. Routledge.
- Siddaway, A. P., Taylor, P. J., Wood, A. M. y Schulz, J. (2015). A meta-analysis of perceptions of defeat and entrapment in depression, anxiety problems, posttraumatic stress disorder, and suicidality. *Journal of affective disorders*, 184, 149–159. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2015.05.046>
- Silva, C., Chu, C., Monahan, K. R. y Joiner, T. E. (2015). Suicide risk among sexual minority college students: A mediated moderation model of sex and perceived burdensomeness. *Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity*, 2, 22–33. <http://dx.doi.org/10.1037/sgd0000086>
- Silverman, M. M. y Berman, A. L. (2014). Suicide risk assessment and risk formulation part I: a focus on suicide ideation in assessing suicide risk. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 44(4), 420–431. <https://doi.org/10.1111/sltb.12065>
- Silverman, M. M., Berman, A. L., Sanddal, N. D., O'carroll, P. W. y Joiner, T. E. (2007a). Rebuilding the tower of Babel: a revised nomenclature for the study

- of suicide and suicidal behaviors. Part 1: Background, rationale, and methodology. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 37(3), 248–263. <https://doi.org/10.1521/suli.2007.37.3.248>
- Silverman, M. M., Berman, A. L., Sanddal, N. D., O'Carroll, P. W. y Joiner, T. E. (2007b). 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>
- Silverman, M. M. y De Leo, D. (2016). Why there is a need for an international nomenclature and classification system for suicide. *Crisis: The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention*, 37(2), 83–87. <https://doi.org/10.1027/0227-5910/a000419>
- Silverman, M.M. y Maris, R.W. (1995). The prevention of suicidal behaviors: An overview. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 25, 10–21. <https://doi.org/10.1111/j.1943-278X.1995.tb00389.x>
- Skinner, B.F. (1957). *Verbal behaviour*. Appleton Century Crofts.
- Sloman, L. (2000). How the involuntary defeat strategy relates to depression. En L. Sloman y P. Gilbert (Eds.), *Subordination and defeat: An evolutionary approach to mood disorders and their therapy* (pp. 47–67). Erlbaum.
- Sloman, L., Gilbert, P. y Hasey, G. (2003). Evolved mechanisms in depression: the role and interaction of attachment and social rank in depression. *Journal of affective disorders*, 74(2), 107–121. [https://doi.org/10.1016/S0165-0327\(02\)00116-7](https://doi.org/10.1016/S0165-0327(02)00116-7)

- Smith, M. T., Edwards, R. R., Robinson, R. C. y Dworkin, R. H. (2004). Suicidal ideation, plans, and attempts in chronic pain patients: factors associated with increased risk. *Pain*, *111*(1-2), 201–208. <https://doi.org/10.1016/j.pain.2004.06.016>
- Soper, C. A. (2018). *The Evolution of Suicide*. Springer.
- Stanley, B. y Brown, G. K. (2012). Safety Planning Intervention: A Brief Intervention to Mitigate Suicide Risk. *Cognitive and Behavioral Practice*, *19*(2), 256–264. <https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2011.01.001>
- Steed, L. (2001). Further validity and reliability evidence for Beck Hopelessness Scale scores in a nonclinical sample. *Educational and Psychological Measurement*, *61*(2), 303–316. <https://doi.org/10.1177/00131640121971121>
- Steer, R. A., Rissmiller, D. J., Ranieri, W. F. y Beck, A. T. (1993). Dimensions of suicidal ideation in psychiatric inpatients. *Behavioral Research and Therapy*, *31*, 229–236.
- Stenager, E. N. y Stenager, E. (2000). Physical illness and suicidal behaviour. En K. Hawton y K. van Heeringen (Eds.), *The International Handbook of Suicide and Attempted Suicide* (pp. 405-420). John Wiley & Sons.
- Stritzke, W. G. K. y Page, A. C. (2020). Suicide is about life. En C. Page y W. Stritzke, *Alternatives to Suicide: Beyond Risk and Toward and Life Worth Living* (pp. 3-14). Elsevier inc.
- Sturman, E. D. (2011). Involuntary subordination and its relation to personality, mood, and submissive behavior. *Psychological Assessment*, *23*, 262–276. <http://dx.doi.org/10.1037/a0021499>

- Sun, G., Zhao, J., Tian, S., Zhang, L. y Jia, C. (2020). Psychological Strain and Suicidal Ideation in Athletes: The Multiple Mediating Effects of Hopelessness and Depression. *International journal of environmental research and public health*, 17(21), 8087. <https://doi.org/10.3390/ijerph17218087>
- Swanson, J. W., Bonnie, R. J. y Appelbaum, P. S. (2015). Getting Serious About Reducing Suicide. *JAMA*, 314(21), 2229. <https://doi.org/10.1001/jama.2015.15566>
- Szmukler G. (2012). Risk assessment for suicide and violence is of extremely limited value in general psychiatric practice. *The Australian and New Zealand journal of psychiatry*, 46(2), 173–174. <https://doi.org/10.1177/0004867411432214>
- Tang, N. K. y Crane, C. (2006). Suicidality in chronic pain: a review of the prevalence, risk factors and psychological links. *Psychological medicine*, 36(5), 575–586. <https://doi.org/10.1017/S0033291705006859>
- Tarsafi, M., Kalantarkousheh, S. M. y Lester, D. (2015). The defeat-entrapment theory versus Beck's hopelessness theory of depression and suicidality: A cross-national analysis in Iran and the United States. *International Journal of Social Psychiatry*, 61(8), 777–780. <https://doi.org/10.1177/0020764015583921>
- Taylor, P. J., Gooding, P. A., Wood, A. M., Johnson, J., Pratt, D. y Tarrier, N. (2010). Defeat and entrapment in schizophrenia: the relationship with suicidal ideation and positive psychotic symptoms. *Psychiatry research*, 178(2), 244–248. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2009.10.015>

- Taylor, P. J., Gooding, P., Wood, A. M. y Tarrier, N. (2011a). The role of defeat and entrapment in depression, anxiety, and suicide. *Psychological bulletin*, *137*(3), 391–420. <https://doi.org/10.1037/a0022935>
- Taylor, P. J., Wood, A. M., Gooding, P., Johnson, J. y Tarrier, N. (2009). Are defeat and entrapment best defined as a single construct? *Personality and Individual Differences*, *47*(7), 795-797. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2009.06.011>
- Taylor, P. J., Gooding, P. A., Wood, A. M., Johnson, J. y Tarrier, N. (2011b). Prospective predictors of suicidality: defeat and entrapment lead to changes in suicidal ideation over time. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, *41*(3), 297–306. <https://doi.org/10.1111/j.1943-278X.2011.00029.x>
- Teasdale, J. D. y Dent, J. (1987). Cognitive vulnerability to depression: An investigation of two hypotheses. *British Journal of Clinical Psychology*, *26*(2), 113–126. <https://doi.org/10.1111/j.2044-8260.1987.tb00737.x>
- Teismann, T. y Forkmann, T. (2015). Rumination, Entrapment and Suicide Ideation: A Mediation Model. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, *24*, 226–234. <https://doi.org/10.1002/cpp.1999>
- Tossani, E., Ricci-Garotti, M. G., Mikulincer, M., Giovagnoli, S., Calzolari, G., Landi, G. y Grandi, S. (2019). Psychometric evaluation of the Italian version of Orbach & Mikulincer mental pain scale in a non-clinical sample. *Current Psychology*. <https://doi.org/10.1007/s12144-019-0128-4>
- Tøllefsen, I.M., Hem, E. y Ekeberg, Ø. (2012). The reliability of suicide statistics: a systematic review. *BMC Psychiatry*, *12*(1), 9. <https://doi.org/10.1186/1471-244X-12-9>

- Trachsel, M., Krieger, T., Gilbert, P. y Grosse Holtforth, M. (2010). Testing a german adaption of the entrapment scale and assessing the relation to depression. *Depression Research and Treatment*, 2010, 501782. <https://doi.org/10.1155/2010/501782>
- Triñanes, Y., González-Villar, A., Gómez-Perretta, C. y Carrillo-de-la-Peña, M. T. (2015). Suicidality in chronic pain: predictors of suicidal ideation in fibromyalgia. *Pain practice*, 15(4), 323–332. <https://doi.org/10.1111/papr.12186>
- Troister, T., D'Agata, M. T. y Holden, R. R. (2015). Suicide risk screening: Comparing the Beck Depression Inventory-II, Beck Hopelessness Scale, and Psychache Scale in undergraduates. *Psychological assessment*, 27(4), 1500–1506. <https://doi.org/10.1037/pas0000126>
- Troister, T., Davis, M. P., Lowndes, A. y Holden, R. R. (2013). A five-month longitudinal study of psychache and suicide ideation: replication in general and high-risk university students. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 43(6), 611–620. <https://doi.org/10.1111/slbt.12043>
- Troister, T. y Holden, R. R. (2010). Comparing psychache, depression, and hopelessness in their associations with suicidality: A test of Shneidman's theory of suicide. *Personality and Individual Differences*, 49(7), 689-693. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2010.06.006>
- Troister, T. y Holden, R. R. (2012). A two-year prospective study of psychache and its relationship to suicidality among high-risk undergraduates. *Journal of clinical psychology*, 68(9), 1019–1027. <https://doi.org/10.1002/jclp.21869>

- Troister, T. y Holden, R. R. (2013). Factorial Differentiation Among Depression, Hopelessness, and Psychache in Statistically Predicting Suicidality. *Measurement and Evaluation in Counseling and Development*, 46(1), 50-63. <https://doi.org/10.1177/0748175612451744>
- Tucker, R. P., Hagan, C. R., Hill, R. M., Slish, M. L., Bagge, C. L., Joiner, T. E. y Wingate, L. R. (2018). Empirical extension of the interpersonal theory of suicide: Investigating the role of interpersonal hopelessness. *Psychiatry research*, 259, 427-432. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2017.11.005>
- Tucker, R. P., O'Connor, R. C. y Wingate, L. R. (2016). An Investigation of the Relationship Between Rumination Styles, Hope, and Suicide Ideation Through the Lens of the Integrated Motivational-Volitional Model of Suicidal Behavior. *Archives of suicide research*, 20(4), 553-566. <https://doi.org/10.1080/13811118.2016.1158682>
- Upegui-Arango, L. D., Forkmann, T., Nielsen, T., Hallensleben, N., Glaesmer, H., Spangenberg, L., Teismann, T., Juckel, G. y Boecker, M. (2020). Psychometric evaluation of the Interpersonal Needs Questionnaire (INQ) using item analysis according to the Rasch model. *PloS one*, 15(8), e0232030. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0232030>
- van Der Maas, H., Kan, K. J., Marsman, M. y Stevenson, C. E. (2017). Network Models for Cognitive Development and Intelligence. *Journal of Intelligence*, 5(2), 16. <https://doi.org/10.3390/jintelligence5020016>
- van Heeringen, K., Van den Abbeele, D., Vervaet, M., Soenen, L. y Audenaert, K. (2010). The functional neuroanatomy of mental pain in depression.

- Psychiatry research*, 181(2), 141–144.
<https://doi.org/10.1016/j.psychresns.2009.07.011>
- van Heugten-van der Kloet, D. y van Heugten, T. (2015). The classification of psychiatric disorders according to DSM-5 deserves an internationally standardized psychological test battery on symptom level. *Frontiers in psychology*, 6, 1108. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2015.01108>
- van Orden, K. A. (2009). *Construct validity of the interpersonal needs questionnaire*. Unpublished Doctoral Dissertation, Florida State University.
- van Orden, K. A., Cukrowicz, K. C., Witte, T. K. y Joiner, T. E. (2012). Thwarted belongingness and perceived burdensomeness: construct validity and psychometric properties of the Interpersonal Needs Questionnaire. *Psychological assessment*, 24(1), 197–215.
<https://doi.org/10.1037/a0025358>
- van Orden, K. A., Lynam, M. E., Hollar, D. y Joiner, T. E. (2006). Perceived Burdensomeness as an Indicator of Suicidal Symptoms. *Cognitive Therapy and Research*, 30(4), 457–467. <https://doi.org/10.1007/s10608-006-9057-2>
- van Orden, K. A., Witte, T. K., Cukrowicz, K. C., Braithwaite, S. R., Selby, E. A. y Joiner, T. E., Jr. (2010). The interpersonal theory of suicide. *Psychological Review*, 117(2), 575–600. <https://doi.org/10.1037/a0018697>
- van Orden, K. A., Witte, T. K., Gordon, K. H., Bender, T. W. y Joiner, T. E. (2008). Suicidal desire and the capability for suicide: tests of the interpersonal-psychological theory of suicidal behavior among adults. *Journal of consulting and clinical psychology*, 76(1), 72–83. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.76.1.72>

- Van Os J. (2014). *De DSM-5 Voorbij! Persoonlijke Diagnostiek in Een Nieuwe Ggz [Passed the DSM-5! Personal Diagnostics in Renewed Mental Health Care]*.
Diagnosis uitgevers.
- van Spijker, B. A., Batterham, P. J., Cascar, A. L., Farrer, L., Christensen, H., Reynolds, J. y Kerkhof, A. J. (2014). The suicidal ideation attributes scale (SIDAS): Community-based validation study of a new scale for the measurement of suicidal ideation. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 44(4), 408–419. <https://doi.org/10.1111/sltb.12084>
- Värnik, P. (2012). Suicide in the world. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 9(3), 760-771. <https://doi.org/10.3390/ijerph9030760>
- Velicer, W. F. y Fava, J. L. (1998). Effects of variable and subject sampling on factor pattern recovery. *Psychological Methods*, 3(2), 231-251.
- Verrocchio, M. C., Carrozzino, D., Marchetti, D., Andreasson, K., Fulcheri, M. y Bech, P. (2016). Mental Pain and Suicide: A Systematic Review of the Literature. *Frontiers in psychiatry*, 7, 108. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2016.00108>
- Villalobos-Galvis, F. H. (2010). Validez y fiabilidad del Inventario de Ideación Suicida Positiva y Negativa—PANSI, en estudiantes Colombianos. *Universitas Psychologica*, 9(2), 509–520.
- Walker, J., Hansen, C. H., Butcher, I., Sharma, N., Wall, L., Murray, G. y Sharpe, M. (2011). Thoughts of death and suicide reported by cancer patients who endorsed the "suicidal thoughts" item of the PHQ-9 during routine screening for depression. *Psychosomatics*, 52(5), 424–427. <https://doi.org/10.1016/j.psym.2011.02.003>

- Walser, R. D., Garvert, D. W., Karlin, B. E., Trockel, M., Ryu, D. M. y Taylor, C. B. (2015). Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy in treating depression and suicidal ideation in Veterans. *Behaviour Research and Therapy*, 74, 25-31. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2015.08.012>
- Wastler, H. M., Moe, A. M., Pine, J. G. y Breitborde, N. (2020). Perceived burdensomeness, thwarted belongingness and suicidal ideation among individuals with first-episode psychosis. *Early intervention in psychiatry*. <https://doi.org/10.1111/eip.13023>
- Wenzlaff, R. M. y Wegner, D. M. (2000). Thought suppression. *Annual review of psychology*, 51, 59–91. <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.51.1.59>
- Wetzel R. D. (1976). Hopelessness, depression, and suicide intent. *Archives of general psychiatry*, 33(9), 1069–1073. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1976.01770090059005>
- Wetherall, K., Cleare, S., Eschle, S., Ferguson, E., O'Connor, D. B., O'Carroll, R. E. y O'Connor, R. C. (2021). Predicting suicidal ideation in a nationally representative sample of young adults: a 12-month prospective study. *Psychological medicine*. <https://doi.org/10.1017/S0033291720005255>
- Widiger, T. A. y Samuel, D. B. (2005). Diagnostic categories or dimensions? A question for the Diagnostic and statistical manual of mental disorders--fifth edition. *Journal of Abnormal Psychology*, 114(4), 494–504. <https://doi.org/10.1037/0021-843X.114.4.494>
- Williams, J. M. G. (1997). *Cry of pain: Understanding suicide and self-harm*. Penguin Books.

- Williams, J. M. G. (2001). *Suicide and attempted suicide. Understanding the cry of pain*. Penguin.
- Williams, J. M. G., Barnhofer, T., Crane, C. y Beck, A. T. (2005). Problem Solving Deteriorates Following Mood Challenge in Formerly Depressed Patients With a History of Suicidal Ideation. *Journal of Abnormal Psychology, 114*(3), 421–431. <https://doi.org/10.1037/0021-843x.114.3.421>
- Williams, K. D., Cheung, C. K. y Choi, W. (2000). Cyberostracism: Effects of being ignored over the Internet. *Journal of Personality and Social Psychology, 79*, 748–762.
- Williams, J. M. G. y Pollock, L. (2000). Psychology of suicide behaviour. En K. Hawton y K. van Heeringen (Eds.), *The international handbook of suicide and suicidal behaviour* (pp. 79-93). John Wiley & Sons.
- Williams, J. M. G. y Pollock, L. (2001). Psychological aspects of the suicidal process. En van Heeringen (Ed.), *Understanding suicidal behaviour: The suicidal process approach to research, treatment and prevention* (pp. 76-94). John Wiley & Sons.
- Wilson, K. G., Heenan, A., Kowal, J., Henderson, P. R., McWilliams, L. A. y Castillo, D. (2017). Testing the Interpersonal Theory of Suicide in Chronic Pain. *The Clinical journal of pain, 33*(8), 699–706. <https://doi.org/10.1097/AJP.0000000000000451>
- Wolfe, F., Clauw, D. J., Fitzcharles, M. A., Goldenberg, D. L., Katz, R. S., Mease, P., Russell, A. S., Russell, I. J., Winfield, J. B. y Yunus, M. B. (2010). The American College of Rheumatology preliminary diagnostic criteria for

- fibromyalgia and measurement of symptom severity. *Arthritis care & research*, 62(5), 600–610. <https://doi.org/10.1002/acr.20140>
- Wolfe, F., Smythe, H. A., Yunus, M. B., Bennett, R. M., Bombardier, C., Goldenberg, D. L., Tugwell, P., Campbell, S. M., Abeles, M. y Clark, P. (1990). The American College of Rheumatology 1990 Criteria for the Classification of Fibromyalgia. Report of the Multicenter Criteria Committee. *Arthritis and rheumatism*, 33(2), 160–172. <https://doi.org/10.1002/art.1780330203>
- World Health Organization (1986). *Summary report, working group in preventative practices in suicide and attempted suicide*. WHO Regional Office for Europe.
- World Health Organization (1998). *Primary prevention of mental, neurological and psychosocial disorders. Suicide*. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42043/924154516X_eng.pdf?sequence=1
- World Health Organization (2010). *The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders: Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines, 10th Ed*. World Health Organization.
- World Health Organization (2014). *Preventing suicide: a global imperative*. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/136083/9789275318508_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- World Health Organization (2017). *WHO media centre*. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs398/en/>

World Health Organization (2018). *Global Health Estimates 2016: Deaths by Cause, Age, Sex, by Country and by Region, 2000-2016*.

https://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/estimates/en/

World Health Organization (2019a, septiembre). *Suicide*.

<https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/suicide>

World Health Organization (2019b, septiembre). *Suicide: one person dies every 40 seconds*. <https://www.who.int/news/item/09-09-2019-suicide-one-person-dies-every-40-seconds>

World Health Organization (2020a). *Prevention of Suicidal Behaviours: A task for all*.

https://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/background/en/

World Health Organization (2020b). *WHO Mortality Database*.

<https://www.who.int/healthinfo/statistics/mort/en/>

Yang, L. y Chen, W. (2017). Reliability and validity test of Chinese Version of Psychological Distress Scale in Chinese college students. *Chinese Journal of Clinical Psychology*, 25(3), 475-478.

Yang, L., Liu, X., Chen, W. y Li, L. (2018). A Test of the Three-Step Theory of Suicide among Chinese People: A Study Based on the Ideation-to-Action Framework. *Archives of Suicide Research*, 23(4), 648-661.

<https://doi.org/10.1080/13811118.2018.1497563>

Yip, P., Caine, E., Yousuf, S., Chang, S. S., Wu, K. C. y Chen, Y. Y. (2012). Means restriction for suicide prevention. *The Lancet*, 379(9834), 2393-2399.

[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)60521-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(12)60521-2)

- Zhang, J., Lester, D., Zhao, S. y Zhou, C. (2013). Suicidal ideation and its correlates: testing the interpersonal theory of suicide in Chinese students. *Archives of suicide research*, 17(3), 236–241. <https://doi.org/10.1080/13811118.2013.805643>
- Zhao, J., Chi, Y., Ju, Y., Liu, X., Wang, J., Liu, X., Lew, B., Siau, C. S. y Jia, C. (2020). Shame and Suicidal Ideation among Undergraduates in China: The Mediating Effect of Thwarted Belongingness and Perceived Burdensomeness. *International journal of environmental research and public health*, 17(7), 2360. <https://doi.org/10.3390/ijerph17072360>
- Zullo, L., Horton, S., Eaddy, M., King, J., Hughes, J., Diederich, A., Kennard, B., Emslie, G. y Stewart, S. (2017). Adolescent insomnia, suicide risk, and the interpersonal theory of suicide. *Psychiatry research*, 257, 242–248. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2017.07.054>
- Zuromski, K. L., Bernecker, S. L., Gutierrez, P. M., Joiner, T. E., King, A. J., Liu, H., Naifeh, J. A., Nock, M. K., Sampson, N. A., Zaslavsky, A. M., Stein, M. B., Ursano, R. J. y Kessler, R. C. (2019). Assessment of a Risk Index for Suicide Attempts Among US Army Soldiers with Suicide Ideation: Analysis of Data From the Army Study to Assess Risk and Resilience in Servicemembers (Army STARRS). *JAMA network open*, 2(3), e190766. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2019.0766>

