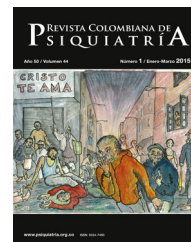




REVISTA COLOMBIANA DE PSIQUIATRÍA

www.elsevier.es/rcp



Artículo original

Factores relacionados con la severidad de la intención suicida en pacientes de urgencias y corta estancia psiquiátricas



Edgar Efraín Pazmiño Erazo y Karla Patricia Armas Lanas

Médico psiquiatra, Instituto Psiquiátrico Sagrado Corazón, Quito, Ecuador

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 5 de junio de 2022

Aceptado el 17 de agosto de 2023

On-line el 13 de septiembre de 2023

Palabras clave:

Impulsividad

Suicidio

Ideación suicida

Trastorno psiquiátrico

RESUMEN

Introducción: El suicidio es uno de los temas más relevantes mundialmente en psiquiatría por su gran influencia social, económica, familiar y sobre todo en salud. Existen múltiples factores asociados a la severidad de la intención suicida; uno de ellos es la impulsividad, la cual es de gran importancia en la génesis del comportamiento suicida, siendo esta más relevante en los individuos que sufren trastornos mentales no depresivos que en los trastornos depresivos; es por esto que el presente estudio tiene como objetivo establecer la relación entre los factores sociodemográficos y psiquiátricos con la severidad de la intención suicida en pacientes de urgencias y corta estancia psiquiátricas.

Método: Se realizó un estudio observacional transversal con componente analítico en el cual se recolectó información a través de una encuesta, que constó de 6 preguntas con respuesta de opción múltiple, 2 preguntas abiertas y 3 test psicométricos: Escala de valoración de severidad de riesgo suicida de Columbia (C-SSRS), Escala de impulsividad de Barrat (BIS-11) y Escala de depresión de Montgomery-Asberg (MADRS) a los sujetos que cumpliera con los criterios de inclusión. Posteriormente, los datos fueron procesados en el software SPSS versión V22.

Resultados: Se tuvo en cuenta a 166 participantes pertenecientes a 4 instituciones de salud mental, de los cuales 140 fueron adultos (84,3%) —93 mujeres (56,1%)—, 51 tenían pareja estable (30,7%), 54 con trabajo estable (32,5%), 137 creyentes (67,5%), 52 con antecedente de abuso sexual (31,3%), 58 con consumo de sustancias en patrón patológico (34,9%) y 43 con conducta suicida (25,9%).

En cuanto a los resultados de los test psicométricos fueron: el puntaje de impulsividad (BIS 11) estuvo entre 33 y 120 (promedio: 78,52, DE: 11,6), la severidad de la intención suicida (C-SSRS) se encontró en rango entre 0 y 45 (promedio: 17,9, DE: 14,7) y los síntomas depresivos (MADRS) entre 0 y 51 (promedio: 13,6, DE: 12,2). Se demostró una relación estadísticamente significativa de la severidad de la intención suicida con ser adolescente, no ser creyente, tener antecedente de abuso sexual y padecer depresión, factores que fueron respaldados al realizar el análisis multivariado, donde se evidenció una relación positiva entre dichos

Abreviaturas: BIS-11, Escala de impulsividad de Barrat; C-SSRS, Escala de severidad de ideación suicida de Columbia; MADRS, Escala de depresión de Montgomery Asberg; OMS, Organización Mundial de la Salud.

Correo electrónico: edgefra@hotmail.com (E.E. Pazmiño Erazo).

<https://doi.org/10.1016/j.rcp.2023.08.003>

0034-7450/© 2023 Asociación Colombiana de Psiquiatría. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

factores y la intención de la severidad suicida. Sin embargo, al analizar la variable que atañe a la religión no se encontró significación estadística en el análisis multivariado, aunque sí se evidenció una relación positiva. No se demostró una relación con el sexo, la condición laboral, tener o no una relación estable, tener historias de consumo de sustancias en patrón patológico, ni con la impulsividad.

Conclusiones: Los factores que se relacionaron con la severidad de la intención suicida fueron, dentro de las variables sociodemográficas, ser adolescente y no ser creyente, mientras que en los factores psiquiátricos se encontró tener antecedente de abuso sexual y padecer depresión. No se demostró relación con los otros factores estudiados.

© 2023 Asociación Colombiana de Psiquiatría. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Factors Related to Severity of Suicidal Intent in Patients With Psychiatric Short-Stay-Hospitalization and Emergencies

A B S T R A C T

Keywords:

Impulsivity
Suicide
Suicidal ideation
Psychiatric disorder

Introduction: Suicide is one of the most relevant issues in psychiatry worldwide due to its great influence on social, economic and family level, and especially, due to its influence in health. There are multiple factors associated with the severity of suicidal intent, one of them is impulsivity, which is of great importance in the genesis of suicidal behavior, this being more relevant in individuals suffering from non-depressive mental disorders than in depressive disorders.

Method: A cross-sectional observational study with an analytical component was carried out, in which information was collected through a survey that consisted of six questions with multiple answer choice, two open questions and three psychometric tests: Columbia Suicide Risk Severity Assessment Scale (C-SSRS), Barratt Impulsivity Scale (BIS-11) and Montgomery-Asberg Depression Scale (MADRS) to subjects who meet the inclusion criteria. Subsequently, the data was processed in the SPSS version V22 software.

Results: A total of 166 participants collected from four mental health institutions were taken into account; of which 140 were adults (84.3%), 93 women (56.1%), 51 had a stable partner (30.7%), 54 with stable work (32.5%), 137 believers (67.5%), 52 with a history of sexual abuse (31.3%), 58 with substance use in a pathological pattern (34.9%), and 43 with suicidal behavior (25.9%).

The results of the psychometric tests were: the impulsivity score (BIS 11) was between 33 and 120 (mean: 78.52, SD: 11.6); the severity of suicidal intent (C-SSRS) ranged between 0 and 45 (mean: 17.9, SD: 14.7) and the depressive symptoms (MADRS) between 0 and 51 (mean: 13.6, SD: 12.2). A statistically significant relationship of the severity of suicidal intention was demonstrated with: being an adolescent, not being a believer, a history of sexual abuse and suffering from depression. Which were supported by performing the multivariate analysis where a positive relationship was evidenced between these factors and the intention of suicidal severity, however, when analyzing the variable regarding religion, no statistical significance was found in the multivariate analysis, although a positive relationship was found. No relationship was demonstrated with gender, employment status, having or not in a stable relationship, having histories of substance use in a pathological pattern, or with impulsivity.

Conclusions: The factors that were related to the severity of the suicidal intention were: within the sociodemographic variables; being a teenager and not being a believer; while in psychiatric factors it was found to have a history of sexual abuse and suffer from depression. No relationship was demonstrated with the other factors studied.

© 2023 Asociación Colombiana de Psiquiatría. Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

Introducción

El suicidio es un fenómeno de importancia capital en la historia de la humanidad. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) se estima que cada año aproximadamente un millón de personas muere por suicidio, reflejando una mortalidad de 16 por cada 100.000 habitantes, lo que quiere decir que existe un suicidio consumado cada 40 segundos, ocurriendo el 78% de estos en países con ingresos medios y bajos¹. Actualmente, el suicidio es la segunda causa de muerte prematura en individuos con edades comprendidas entre 15 a 29 años y la tercera entre los 15 a 44 años^{2,3}. Los datos indican que por cada suicidio consumado existen entre 10 a 20 intentos de suicidio^{2,4}; extrapolarlo estos datos se esperaría entre 10 a 20 millones de intentos suicidas anuales^{1,5,6}. Aproximadamente el 50% de pacientes que fallecen por suicidio tuvieron contacto con personal de salud en los 3 meses previos a su muerte, el 40% en el mes previo y el 20% en la semana previa a consumir el suicidio⁵⁻⁸.

El suicidio es un acto deliberado de daño autoinfligido con la intención de que sea fatal^{2,9,10}. El comportamiento suicida no fatal engloba pensamientos, planes e intentos de morir o infligirse daño corporal⁹. Se ha publicado que la prevalencia de intentos suicidas a lo largo de la vida oscila entre un 1,5% y un 12,1%, mientras que la prevalencia en 12 meses es de un 1,8% a un 8,4%. En adolescentes la prevalencia de ideas suicidas es del 21,7% al 37,9% y de planes suicidas del 3%, siendo esta la época de la vida donde llega a su pico máximo^{11,12}. La ideación suicida se define como los pensamientos, consideraciones o planes relacionados con cometer suicidio o terminar con su propia vida. Se ha postulado que existe un continuo desde desear la muerte propia hasta tener un plan específico para poner fin a la vida^{10,12}.

Investigaciones recientes demostraron que la mayor parte de individuos que tuvieron ideas suicidas no realizaron un intento suicida, y la gran mayoría de los que realizaron un intento suicida no murieron a causa de este^{1,13}. Apenas un 15% de los pacientes que realizaron intentos suicidas lograron consumarlos¹⁴.

Las personas que comenten suicidio forman un grupo heterogéneo e irregular, con diversas combinaciones de características biológicas, psíquicas y sociales, que configuran diversas mezclas de factores de riesgo. Estudiar el comportamiento suicida requiere de un entendimiento exhaustivo de los factores que lo influyen, los cuales se han agrupado en 2 categorías: factores predisponentes y precipitantes o factores proximales y distales, siendo los primeros los relacionados con el evento cursante y los segundos los que no tienen relación con el episodio en curso¹⁴⁻¹⁶. Los rasgos de personalidad son factores distales o predisponentes, con gran influencia en el comportamiento suicida, teniendo mayor importancia en aquellos individuos que no cumplen los criterios para una enfermedad psiquiátrica¹⁷. Los rasgos de personalidad son el conjunto de características propias que nos ayudan a relacionar y lidiar con el mundo que nos rodea⁵, siendo los más relevantes y estudiados la impulsividad, la agresión, el neuroticismo, el psicoticismo, la introversión, la ira, la suspicacia, la desesperanza, la autocrítica, el perfeccionismo, la culpa, el resentimiento y la irritabilidad^{1,2,4,11}.

Pacientes con impulsividad pura poseen déficits en circuitos neuronales similares a las evidenciadas en pacientes con depresión e historial de intentos suicidas¹⁸⁻²⁰. Mientras que los pacientes impulsivos no logran aprender de su entorno, los pacientes depresivos suicidas tienen imposibilidad de realizar una adecuada retroalimentación y se mantienen en un constante ensayo y error^{18,21-23}.

Por otro lado, la impulsividad se ve aumentada en diagnósticos relacionados con trastornos de personalidad, bipolaridad, psicosis y consumo de sustancias más que con el diagnóstico de depresión^{13,21}.

El concepto de impulsividad es inherente a un conjunto de comportamientos evidenciados en la vida diaria que se realizan sin reflexión o consideraciones previas y que culminan en acciones de riesgo o inapropiadas con resultados indeseables^{4,21,22}. Se considera como un constructo comportamental complejo y se relaciona con actuar sin una planificación o reflexión previas²². Está asociado con un fallo en el proceso de filtrar posibilidades previo a la toma de decisiones, lo que dificulta la utilización de los conocimientos e inteligencia del individuo^{13,22}. Se ha ligado a rasgos de personalidad donde se evidencian acciones incoercibles, súbitas y en ocasiones instantáneas y automáticas⁵. La información obtenida de estudios actuales sugirió que la impulsividad entendida como una respuesta motora, cognitiva y sin planificación ni reflexión es completamente medible en la población a través de test replicables y de utilidad en la práctica clínica²²⁻²⁴.

El riesgo de cometer suicidio se ve relacionado con la presencia de factores internos reflejados en déficits cognitivos propios, los cuales dificultan una adecuada toma de decisiones, especialmente en el momento de enfrentarse a conflictos interpersonales y al estrés^{15,19}. Ejemplos de estas situaciones constituyen la pérdida de trabajo, las desilusiones amorosas, las pérdidas familiares y las disputas legales o económicas. Este mecanismo tiene relevancia especial en pacientes sin características de un trastorno depresivo. Por otro lado, en pacientes con cuadros depresivos la existencia de ideación suicida tiene como eje central los sentimientos de no pertenencia a ningún lugar o carga excesiva, combinados con pensamientos repetitivos y rumiaciones enfocadas en sí mismo, los cuales terminan definiendo el suicidio como una alternativa de escape a esta autopercepción dolorosa^{13,18,19}. No todos los pacientes deprimidos tienen ideación suicida y no todos los pacientes suicidas tienen depresión. Parecería que la impulsividad es el factor presente en los pacientes no depresivos que se suicidan; sin embargo, existe evidencia que desmiente lo anterior en estudios de poblaciones especiales, donde los niveles de impulsividad son muy bajos pero las tasas de suicidio muy altas, como en la tercera edad¹⁵, además de poner de manifiesto que los pacientes deprimidos suicidas tienen tasas de impulsividad más bajas que los pacientes suicidas con otros tipos de diagnóstico^{5,6,23}. Se debe recalcar que las tasas de impulsividad son mucho más altas en individuos con experiencias traumáticas o estresantes en la infancia, como abuso sexual, que predispone al desarrollo de afecciones diferentes a la depresión^{5,24}.

Se ha postulado que la forma más importante de abordaje y prevención de suicidio es a través del tratamiento de la depresión, incluso la OMS en su plan contra el suicidio establece

como objetivo el adecuado manejo de la depresión^{1,15}. Sin embargo, existen datos que deben destacarse; en pacientes que realizan un intento suicida apenas el 53,8% sufre de un trastorno depresivo^{2,7,15,16}. De los pacientes con diagnóstico de depresión el 60-70% presentan ideación suicida y solo el 10-15% realizan un intento suicida^{6,7,14}. Se ha descrito que los individuos con intentos suicidas experimentan síntomas de tristeza más intensos que sus contrapartes que no realizan intentos suicidas¹⁶. Lo anterior mencionado obliga a plantear como tema de estudio la diferenciación de factores que determinan que un individuo con depresión realice un intento suicida, al tiempo que se deben esclarecer los motivos de por qué lo hace un individuo sin depresión. Ciertos rasgos de personalidad pueden ofrecer una explicación plausible a esta interrogante, y es aquí donde toma importancia el estudio de la impulsividad como factor determinante en pacientes suicidas no depresivos.

El estudio de los factores que influyen en el suicidio tiene relevancia debido a la utilidad en la práctica clínica, ya que los resultados esperados se deben emplear en el abordaje de un paciente con intento suicida.

La medición de la impulsividad no es una práctica habitual en el ámbito psiquiátrico ecuatoriano, por lo que al obtener resultados se pretende alentar su práctica, ya que con el empleo de mediciones psicométricas pertinentes se puede optimizar el manejo y, en última estancia, el pronóstico de los pacientes psiquiátricos.

Método

Diseño de estudio

Estudio observacional transversal con componente analítico. El consentimiento informado se realizó mediante la lectura y firma de aceptación a participar en el estudio por cada participante, explicando que los objetivos fueron exclusivamente investigativos y académicos. La participación se mantuvo anónima y voluntaria; así mismo los participantes tuvieron la posibilidad de retirarse en el momento que considerasen. Toda la información se manejó en una base de datos confidencial.

Participantes

Pacientes que acudieron al área de urgencias psiquiátricas y los internados en las unidades de corta estancia psiquiátrica de los principales hospitales de Quito que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión. Criterios de inclusión: edad mínima 14 años; edad máxima 64 años 11 meses y 30 días; pacientes mujeres y hombres y pacientes que brindaron su consentimiento informado.

Criterios de exclusión

Pacientes con deterioro cognitivo severo, enfermedades neurológicas graves, enfermedades clínicas orgánicas descompensadas, edad menor a 14 años, psicosis grave y pacientes que rehusaron participar en la investigación.

Las variables a investigar fueron severidad de la intención suicida a través de Escala de valoración de Severidad de Riesgo

Suicida de Columbia (C-SSRS) tomando un punto de corte de 5 puntos para catalogar como baja y alta severidad. Impulsividad a través de Escala de impulsividad de Barrat (BIS-11)²⁵, donde el punto de corte se encuentra en 74 puntos para establecer la presencia de impulsividad. Depresión a través de la Escala de depresión de Montgomery-Asberg (MADRS)²⁶. Se utilizaron todas, en versiones validadas al idioma español. La interpretación de las escalas se realizó acorde a las guías y recomendaciones establecidas para cada una de ellas.

Los datos sociodemográficos de los pacientes se recogieron simultáneamente mediante la misma encuesta con los test psicométricos. Se encuestó sobre sexo (masculino y femenino), edad, tener o no pareja afectiva estable (afirmativo o negativo), religión (creyente o no), antecedente de abuso sexual (afirmativo o negativo) y consumo patológico de sustancias (afirmativo o negativo).

Análisis estadístico

Se creó una base de datos que fue analizada a través del software SPSS V22, con un nivel de significación del 0,05. Para el análisis descriptivo las variables cualitativas se presentan como porcentajes y las variables cuantitativas mediante medias y desviación estándar. Los test se analizaron en función de los rangos de interpretación establecidos. Se utilizaron diferentes pruebas de correlación para determinar la significación estadística entre las variables, dentro de las cuales se realizó la prueba Chi cuadrado y la correlación de Spearman. Además se realizó un análisis multivariado utilizando un modelo de regresión lineal y un modelo no lineal de logística binaria, en el que se realizó una variable binaria con la escala C-SSRS en la que se estableció como 0 los puntajes mayores de 5, es decir, alta severidad de intento suicida y como 1 los puntajes menores de 5, que representan baja severidad del intento suicida. Además las variables se establecieron como: edad (adulto: 0, adolescente: 1), sexo (femenino: 0, masculino 1), estado civil (sin pareja estable: 0, con pareja estable: 1), religión (ninguna: 1, cualquier otra: 0), condición laboral (sin trabajo estable: 0, con trabajo estable: 1), antecedente de abuso sexual (sí: 1, no: 0), consumo patológico de sustancias (sí: 1, no: 0), BIS-11 (impulsividad: 1, no impulsividad: 0) y MADRS (menor de 7: normal, de 7 a 20: síntomas depresivos leves, de 21 a 34 síntomas depresivos moderados y mayor de 34: síntomas depresivos graves para la realización del modelo de regresión lineal y el modelo no lineal).

Resultados

La muestra se conformó por un total de 166 pacientes, obtenida a través de un muestreo probabilístico aleatorizado simple con un nivel de confianza del 95% (con un valor Z de 1,96) y un error de estimación del 8%. Del total de pacientes el 52% provinieron de instituciones privadas: 29 pacientes de la Clínica Guadalupe y 57 pacientes del Instituto Psiquiátrico Sagrado Corazón. El 48% se obtuvo de instituciones del Sistema de Salud Pública: 21 pacientes del Hospital General Docente Calderón y 59 pacientes del Hospital de especialidad psiquiátrica Julio Endara.

La variable edad se obtuvo con un rango entre 15 a 64 años, con una media de $34,3 \pm 14,5$ años. El 44% de la muestra corresponde a pacientes de género masculino y el 56% a género femenino.

La muestra se compuso de 15,7% (26) adolescentes y 84,3% (140) de adultos. El 30,7% (51) tenía pareja estable y el 69,3% (116) estaba sin pareja estable. El 32,5% (55) tenía trabajo estable y el 67,5% (112) no tenía trabajo estable. El 82,5% (137) se consideraba creyente en una religión y el 17,5% (29) se consideraba no creyente.

Respecto a los antecedentes psicológicos el 31,3% (52) tenía antecedente de abuso sexual y 68,7% (114) negaba antecedente de abuso sexual. El 34,9% (58) había recibido diagnóstico previo de consumo patológico de sustancias y el 65,1% (108) negaba este antecedente.

Los resultados de la escala de impulsividad de Barrat (BIS-11) se obtuvieron en un rango entre 33 y 120, con un promedio de 78,52 y una desviación estándar (DE) de 11,6. Por otro lado, los resultados en la C-SSRS se encontraron en un rango entre 0 y 45, con un promedio de 17,9 y una DE 14,7. Finalmente, en la Escala de síntomas depresivos de Montgomery Asberg (MADRS) se encontraron resultados en el rango entre 0 y 51, con un promedio de 13,6 y una DE 12,2.

En la **tabla 1** se muestra la distribución de la interpretación de la escala C-SRSS, en función de cada una de las variables sociodemográficas estudiadas. Se evidenció que la prevalencia de alta severidad de la intención suicida es de 69,88%, siendo esta mayor en pacientes adolescentes, de sexo femenino, sin pareja y sin trabajo estable y en pacientes no creyentes. En cuanto a los factores psiquiátricos se observó alta severidad de la intención suicida en pacientes con antecedente de abuso sexual y con consumo patológico de sustancias.

Se realizó la prueba de Kolmogorov-Smirnov para comprobar la distribución de cada una de las escalas y subescalas obtenidas, evidenciando que de las escalas utilizadas los resultados en la BIS-11 tuvieron una distribución normal. Sin embargo, los valores en las escalas de depresión y de Columbia no tuvieron una distribución normal. Los resultados de las 4 subescalas diferentes de la C-SSRS: ideación suicida, intensidad de la ideación, conducta suicida y gravedad de los intentos tampoco tuvieron una distribución normal.

Relación entre severidad de la intención suicida e impulsividad

El primer análisis realizado fue la relación entre escala de C-SRSS, la cual catalogó a los pacientes como baja y alta severidad y se relacionó con la escala de BISS-11, la cual establece la presencia de impulsividad, teniendo como resultado que el 10,8%¹⁸ presenta baja impulsividad y baja severidad de la intención suicida, el 19,2% (32) alta impulsividad con baja severidad de la intención suicida, el 26,5% (44) baja impulsividad con alta severidad de la intención suicida y el 43,3% (72) alta impulsividad con alta severidad de la intención suicida.

Al analizar la correlación entre el valor obtenido en la escala de impulsividad y el valor numérico obtenido en escala de severidad de la intención suicida se encontró un coeficiente de correlación de Spearman de 0,054; sin embargo, el valor de p fue de 0,487, lo que indicó que no existe una

Tabla 1 – Distribución de la severidad de la intención suicida por factores psiquiátricos

	Severidad de la intención suicida	
	Baja severidad	Alta severidad
Variables sociodemográficas		
<i>Grupo etario</i>		
Adolescentes	2 (1,2%)	24 (14,5%)
Adultos	48 (28,9%)	92 (55,4%)
<i>Sexo</i>		
Masculino	27 (16,4%)	46 (27,7%)
Femenino	23 (13,6%)	70 (42,3%)
<i>Estado civil</i>		
Con pareja estable	18 (10,8%)	33 (19,9%)
Sin pareja estable	32 (19,3%)	83 (50,0%)
<i>Condición laboral</i>		
Con trabajo estable	19 (11,4%)	35 (21,1%)
Sin trabajo estable	31 (18,7%)	81 (48,8%)
<i>Religión</i>		
Creyente	46 (27,7%)	91 (54,8%)
No creyente	4 (2,4%)	25 (15,1%)
Total	50 (30,12%)	116 (69,88%)
Factores psiquiátricos		
<i>Antecedente de abuso sexual</i>		
Sí	5 (3,0%)	47 (28,3%)
No	45 (27,1%)	69 (41,6%)
<i>Consumo de sustancias</i>		
Sí	16 (9,6%)	42 (25,3%)
No	34 (20,5%)	74 (44,6%)
Total	50 (30,12%)	116 (69,88%)
IC 95%	50 (30,12%)	116 (69,88%)

C-SSRS: Escala de severidad de intención suicida de Columbia; IC: intervalo de confianza.
Fuente: encuesta de investigación.

correlación estadísticamente significativa entre las 2 variables en sus valores cuantitativos.

Además, se relacionó el valor numérico de la escala de impulsividad con cada una de las subescalas de la C-SSRS: C-SSRS ideación suicida coeficiente de correlación de Spearman 0,049 y $p = 0,534$; C-SSRS intención suicida coeficiente de correlación de Spearman 0,031 y $p = 0,692$; C-SSRS conducta suicida coeficiente de correlación de Spearman 0,037 y $p = 0,632$; C-SSRS intentos reales coeficiente de correlación de Spearman 0,076 y $p = 0,333$. Se demostró que no existe una relación estadísticamente significativa entre impulsividad y ninguna de las subescalas que conforman la C-SRSS.

Relación entre severidad de la intención suicida y depresión

Se realizó el análisis de la interpretación de C-SRSS tomando el punto de corte ya establecido y se relacionó utilizando Chi cuadrado con los estadios de síntomas depresivos: normal, leve, moderado y severo, obteniéndose una relación estadísticamente significativa entre la mayor gravedad de síntomas

depresivos, con una alta severidad de la intención suicida, con un valor V de Cramer de 0,294 y $p = 0,002$ ($< 0,005$).

Además, se realizó la correlación entre la severidad de la intención suicida y los síntomas depresivos medidos a través de valores cuantitativos. El coeficiente de correlación de Spearman es de 0,388, con un valor de p de 0,000, es decir, que existe una correlación moderada con una significación estadística para el valor numérico de MADRS y cada una de las subescalas de C-SSRS.

Relación entre severidad de la intención suicida y variables sociodemográficas

La relación entre la escala C-SRSS y las variables sociodemográficas se muestran en la [tabla 2](#). La prueba Chi cuadrado demuestra que existe dependencia estadísticamente significativa entre una alta severidad de la intención suicida y ser adolescente y ser no creyente; sin embargo, con las variables sexo, estado civil y condición laboral no se evidencia una dependencia entre las variables.

El resultado de los análisis de relación entre la severidad de la intención suicida medido por la escala de Columbia cuantitativamente y las variables edad, sexo, estado civil y condición laboral demostraron que, en lo que respecta a las variables estado civil y condición laboral no existe relación estadísticamente significativa entre poseer o no una pareja estable ni poseer o no un trabajo estable con la severidad de la intención suicida. Por otro lado, adolescentes, pacientes de sexo femenino y no creyentes poseen mayores puntajes en la escala de severidad de riesgo suicida con valores de $p = 0,000$; $p = 0,038$ y $p = 0,010$ respectivamente, lo cual se interpreta como estadísticamente significativo.

Se realizaron las pruebas estadísticas pertinentes para verificar la existencia de relación de cada una de las subescalas de C-SSRS con las variables sociodemográficas. Los resultados se muestran en la [tabla 3](#).

Se demostró una relación entre la edad adolescente y las 4 subescalas. El sexo femenino se relacionó con las subescalas de ideación, conducta y gravedad de los intentos, pero no con la intensidad de la ideación suicida. Respecto al estado civil existe una relación estadísticamente significativa entre no tener una pareja estable y la conducta suicida. La condición laboral no determinó relación con ninguna subescala. Finalmente, el no ser creyente se relacionó con valores altos en las 4 subescalas.

Relación de la severidad de la intención suicida con factores psiquiátricos

Los valores de las pruebas estadísticas realizadas para relacionar una alta severidad en la intención suicida con los factores psiquiátricos se muestran en la [tabla 4](#).

Se demostró que existe una dependencia entre la variable de antecedente de abuso sexual y alta severidad de intención suicida con una significación estadística. No existe dependencia entre las variables consumo patológico de sustancias y la interpretación de C-SRSS.

Los resultados de las pruebas estadísticas de relación entre la severidad de la intención suicida con las variables de factores psiquiátricos demostraron que los pacientes con consumo patológico de sustancias no tienen valores de severidad de intención suicida diferentes a los pacientes que no los tienen. Tener un antecedente de abuso refleja valores más altos en la escala C-SSRS con una significación estadística significativa (0,000).

Los resultados de las pruebas estadísticas aplicadas para determinar relación entre los factores psicológicos y las subescalas de C-SSRS se muestran en la [tabla 3](#).

Se puede observar que el tener un antecedente de abuso sexual se relacionó con valores altos en las 4 subescalas: ideación, intensidad, conducta y gravedad de los intentos. Por otro lado, el tener un consumo en patrón patológico de sustancias se relacionó con valores altos en conducta suicida únicamente.

Al analizar la relación de la severidad de la intención suicida con el diagnóstico se evidenció que los trastornos afectivos tienen puntajes de severidad de ideación suicida más altos que las otras afecciones, con una significación estadística significativa ($p = 0,002$).

Análisis multivariado

Los resultados utilizando un modelo de regresión lineal múltiple expuestos en la [tabla 5](#) indicaron relaciones positivas y estadísticamente significativas (valores $p < 0,05$), con coeficientes beta de gran magnitud (10,54 y 7,23 respectivamente) entre ser adolescente y haber sufrido abuso sexual frente a la severidad de la intención suicida. Por su parte, la variable que mide si un paciente padece depresión tuvo una relación positiva y estadísticamente significativa con la severidad de la intención suicida ($\beta = 0,50$, valor $p = 0,00$). Además, se observó que no ser creyente presenta una relación positiva con la severidad de la intención suicida, representada por un valor beta de 2,99. Sin embargo, no se encontró significación estadística.

Modelo no lineal

Los resultados expuestos en la [tabla 6](#) indicaron que ser adolescente, haber padecido abuso sexual y padecer depresión se relacionaron con una menor probabilidad de tener baja severidad de la intención suicida, es decir, que existe una mayor probabilidad de tener alta severidad en la escala C-SRSS.

Discusión

El suicidio es un tema de gran importancia por la gran morbilidad que causa en la sociedad actual. Todos los intentos por lograr comprenderlo y elaborar estrategias de prevención poseen una gran importancia y son dignos de esfuerzos en investigación. Dentro de este tópico las características propias de los individuos que les llevan a tomar una decisión autolítica es un área de gran interés. Se establece que por cada suicidio consumado se han producido al menos de 10 a 20 intentos

Tabla 2 – Relación entre severidad de intención suicida y variables sociodemográficas

	Interpretación de C-SSRS						
	Baja severidad		Alta severidad		C-SSRS (valor)		
	N	%	N	%	N	Rangos promedio	p
Edad							
Adolescentes	2	4,0	24	20,7	26	118,02	0,000
Adultos	48	96,0	92	79,3	140	77,09	0,000
	gl: 1; Chi: 7,368; Phi: 0,211; p: 0,007						
Sexo							
Masculino	27	54,0%	46	39,7%	73	74,85	0,038
Femenino	23	46,0%	70	60,3%	93	90,29	0,038
	gl: 1; Chi: 2,918; Phi: 0,133; p: 0,088						
Estado civil							
Con pareja estable	18	36,0%	33	28,4%	51	74,22	0,094
Sin pareja estable	32	64,0%	83	71,6%	115	87,62	0,094
	gl: 1; Chi: 0,936; Phi: 0,075; p: 0,333						
Condición laboral							
Con trabajo estable	19	38,0%	35	30,2%	54	76,43	0,184
Sin trabajo estable	31	62,0%	81	69,8%	112	86,91	0,184
	gl: 1; Chi: 0,975; Phi: 0,077; p: 0,323						
Religión							
Creyente	46	92,0%	91	78,4%	137	79,13	0,01
No creyente	4	8,0%	25	21,6%	29	104,14	0,01
	gl: 1; Chi: 4,450; Phi: 0,164; p: 0,035						
Ningún valor esperado es menor a 5.							
C-SSRS: Escala de severidad de intención suicida de Columbia; gl: grados de libertad.							
Fuente: encuesta de investigación.							

de suicidio^{2,11}, por lo cual el trabajo en pacientes suicidas da pie a intervenciones preventivas como un eje fundamental. La severidad de la intención suicida es susceptible de mediciones objetivas a través de la C-SSRS, la cual consta de 4 subescalas: ideación suicida, intensidad de las ideas suicidas, conducta suicida y gravedad de los intentos.

La impulsividad es un rasgo de personalidad y parte de las funciones ejecutivas e influye en las decisiones y en los patrones de comportamiento de los individuos. En el presente estudio se investigó su relación con la severidad de la intención suicida en pacientes atendidos en urgencias y unidades de corta estancia psiquiátricas de hospitales de Quito. Se utilizaron test para realizar mediciones psicométricas y poder analizar las variables desde un punto de vista objetivo cuantitativo.

La muestra estuvo conformada por una distribución de variables dependiente de las características propias de la población psiquiátrica que acude a urgencias o corta estancia psiquiátricas, con un predominio de adultos, de sexo femenino, sin pareja estable, sin trabajo estable y creyentes. Además, la mayoría de la muestra tiene antecedentes de consumo de sustancias en patrón patológico, no han presentado abuso sexual y acudieron con conductas suicidas en el momento de la valoración.

De los pacientes analizados se debe destacar que el promedio obtenido en los puntajes de impulsividad refleja un valor interpretado como alta impulsividad. Para el caso de síntomas depresivos el promedio se ubica en síntomas depresivos leves y, finalmente, en lo que respecta a la escala de severidad de

riesgo suicida se ubica en un valor alto, donde se recomienda atención por personal especializado en salud mental.

En lo que respecta a las relaciones entre variables se evidencia que no existió una relación estadísticamente significativa entre los valores obtenidos en las escalas de impulsividad y severidad de la intención suicida, ni en sus mediciones numéricas ni en sus interpretaciones basándonos en los puntos de corte. Al analizar la relación entre impulsividad con las subescalas que conforman la severidad de la intención suicida tampoco se encontró una relación con ninguna de estas subescalas. Se puede considerar que los pacientes con rasgos de impulsividad pueden o no tener una alta severidad en su intención suicida. De igual manera, una severidad alta en la intención suicida no está determinada por la presencia o ausencia de rasgos de impulsividad. Al realizar el análisis de impulsividad con las subescalas de severidad de intención suicida: ideación, intensidad, conducta y gravedad del intento no se evidenció relación con ninguna de ellas. La bibliografía establece que la impulsividad es un rasgo determinante en los suicidios no depresivos y es baja en su contraparte depresiva^{6,15,24}, lo cual no se ha evidenciado en el presente estudio.

La segunda variable estudiada fue la presencia de síntomas depresivos, la cual evidenció que sí posee una relación directa moderada con la severidad de la intención suicida, tanto en sus valores numéricos como en su interpretación de alta severidad. Este hallazgo es congruente con lo reportado en la bibliografía^{1,15}, donde se establece la depresión como el principal predisponente para el suicidio. Los síntomas

Tabla 3 – Relación entre subescalas C-SSRS y variables estudiadas

Relación entre subescalas de C-SSRS y variables sociodemográficas									
	C-SSRS Ideación			C-SSRS Intensidad		C-SSRS Conducta		C-SSRS Gravedad de los intentos	
	N	RP	p	RP	p	RP	p	RP	p
<i>Edad</i>									
Adolescentes	26	116,02	0,000	112,52	0,001	125,25	0,000	113,92	0,000
Adultos	140	77,46	0,000	78,11	0,001	75,75	0,000	77,85	0,000
<i>Sexo</i>									
Masculino	73	75,10	0,037	75,86	0,066	74,03	0,019	74,6	0,022
Femenino	93	90,09	0,037	89,50	0,066	90,94	0,019	90,48	0,022
<i>Estado civil</i>									
Con pareja estable	51	74,29	0,085	75,64	0,154	72,64	0,043	77,06	0,212
Sin pareja estable	115	87,58	0,085	86,99	0,154	88,32	0,043	86,36	0,212
<i>Condición laboral</i>									
Con trabajo estable	54	74,16	0,068	78,15	0,312	74,34	0,075	79,41	0,408
Sin trabajo estable	112	88,00	0,068	86,08	0,312	87,92	0,075	85,47	0,408
<i>Religión</i>									
Creyente	137	79,04	0,006	79,55	0,020	78,62	0,003	79,25	0,007
No creyente	29	104,59	0,006	102,14	0,020	106,53	0,003	103,59	0,007
Relación entre subescalas de C-SSRS y factores psicológico									
	C-SSRS Ideación			C-SSRS Intensidad		C-SSRS Conducta		C-SSRS Gravedad de los intentos	
	N	RP	p	RP	p	RP	p	RP	p
<i>Antecedente de abuso sexual</i>									
Sí	52	10,589	0,00	104	0,000	108,27	0,000	105,29	0,000
No	114	73,29	0,00	74,15	0,000	72,2	0,000	73,56	0,000
<i>Consumo patológico de sustancias</i>									
Sí	58	90,03	0,179	89,56	0,227	93,13	0,048	89,92	0,170
No	108	80	0,179	80,25	0,227	78,33	0,048	80,05	0,170

C-SSRS: Escala de severidad de intención suicida de Columbia; RP: rango promedio.
Fuente: encuesta de investigación.

Tabla 4 – Relación entre severidad de intención suicida y factores psicológicos

Interpretación de C-SSRS							
	Baja severidad		Alta severidad		C-SSRS		
	N	%	N	%	N	Rangos promedio	p
<i>Antecedente de abuso sexual</i>							
Sí	5	10,0%	47	40,5%	52	106,74	0,000
No	45	90,0%	69	59,5%	114	72,9	0,000
gl: 1; Chi: 15,126; Phi: 0,302; p: 0,000							
<i>Consumo patológico de sustancias</i>							
Sí	16	32,0%	42	36,2%	58	90,84	0,145
No	34	68,0%	74	63,8%	108	79,56	0,145
gl: 1; Chi: 0,272; Phi: 0,040; p: 0,602							

C-SSRS: Escala de severidad de intención suicida de Columbia; gl: grados de libertad.
Fuente: encuesta de investigación.

depresivos se ven relacionados con los 4 componentes de la severidad de intención suicida: ideación suicida, intensidad de ideas, conducta suicida y gravedad de los intentos.

En el presente estudio la relación entre las escalas numéricas de C-SRSS y MADRS es de carácter moderado. Es importante destacar que de todos los intentos suicidas un 53,8% padecía de depresión^{2,6,15,16}, mientras que en el presente

estudio apenas un 23,5% de los pacientes analizados poseía un diagnóstico de trastorno depresivo o trastorno depresivo recurrente; sin embargo, el 60,05% de los pacientes poseía síntomas depresivos leves, moderados o severos, con un 12,04% en el último grupo de gravedad. Es necesario la realización de más estudios donde se pueda determinar con mayor claridad la relación entre la severidad de la intención suicida, tanto con

Tabla 5 – Modelo de regresión lineal

	B	Desv. error	Sig.
Constante	4,721	2,579	0,069
Edad	10,543	2,81	0,000
Sexo	0,053	2,146	0,98
Estado civil	-1,064	2,177	0,626
Religión	2,988	2,606	0,253
Condición laboral	2,691	2,174	0,218
Antecedente de abuso sexual	7,231	2,216	0,001
Consumo de sustancias	3,448	2,108	0,104
BISS 11	0,318	1,988	0,873
MADRS	0,497	0,08	0,000

Tabla 6 – Modelo logit de respuesta binaria

	B	Error estándar	Sig.
Edad	-1,863	0,835	0,26
Sexo	-0,003	0,429	0,994
Estado civil	0,174	0,422	0,68
Religión	-0,487	0,646	0,451
Condición laboral	-0,52	0,447	0,245
Antecedente de abuso sexual	-1,81	0,591	0,002
Consumo de sustancias	-0,543	0,468	0,246
BISS 11	0,289	0,423	0,494
MADRS	-0,77	0,023	0,001
Constante	0,808	0,533	0,129

los síntomas depresivos como con el diagnóstico de depresión y el comportamiento suicida en presencia o ausencia de estas 2 últimas variables, principalmente en pacientes con altos puntajes en escalas de depresión, pero sin diagnóstico formal de trastorno depresivo o trastorno depresivo recurrente.

Respecto a las variables sociodemográficas se evidenció una relación significativa entre la severidad de la intención suicida con ser adolescente, lo cual está respaldado por la bibliografía^{6,12,15}, al igual que el sexo femenino, pero únicamente en su variante numérica, pues no se evidencia relación al ser esta variable estudiada como valor interpretativo. Sin embargo, el sexo femenino se relaciona con ideación, conducta y gravedad de intentos. Los estudios bibliográficos respaldan la existencia de esta relación^{1-3,5,6}. En lo que respecta a estado civil y ocupación se estableció en el presente estudio la no existencia de una relación significativa entre la severidad de intención suicida, ni en su variante numérica ni en su variante interpretada, con quienes no poseen una pareja o un trabajo, lo que difiere con la bibliografía publicada, que establece que el desempleo y la ausencia de pareja son factores de riesgo para suicidio^{2,5,16}.

Por otro lado, sí existió relación entre no tener pareja estable y la subescala de conducta suicida. Finalmente, se demostró estadísticamente una alta severidad de intención suicida en pacientes no creyentes sobre los creyentes, lo cual coincide con lo referido en la literatura^{1,2,6}. La relación se demuestra con las 4 subescalas de C-SRSS.

Al estudiar los factores psiquiátricos como antecedentes de abuso sexual o antecedente de consumo de sustancias en patrón patológico y su relación con la severidad de la intención suicida, el análisis estadístico demostró la existencia de una relación con el antecedente de abuso sexual con la severidad medida de forma numérica, con su interpretación y con sus 4 componentes, tal cual se ha reportado en la literatura^{5,36}.

Sin embargo, los pacientes con consumo patológico de sustancias tuvieron valores similares a los no consumidores en la escala de intención suicida, contrario a lo encontrado en la bibliografía^{2,3,5,6}. No obstante, sí se demostró una relación entre el consumo de sustancias y las conductas suicidas. Se debe recalcar que el consumo de sustancias eleva el riesgo suicida de tipo impulsivo. Al no evidenciarse en el presente estudio una relación entre impulsividad y riesgo suicida, posiblemente estos 2 resultados tengan una misma causalidad.

Al analizar los puntajes obtenidos con el diagnóstico psiquiátrico se evidenció que los trastornos de orden afectivo poseen puntajes mayores en severidad de la intención suicida, con significación estadística, lo cual es congruente y explicable por la naturaleza misma de estos trastornos.

Existen limitaciones relacionadas con la realización del estudio, entre las que se encuentra en primer lugar el no haber contado con pacientes que acudieran exclusivamente por intentos suicidas en busca de atención psiquiátrica. Se considera además otra limitación, la falta de diferenciación de pacientes que acuden por primera vez en busca de atención psiquiátrica versus pacientes con trastornos crónicos. Siempre será aceptable tener muestras más grandes para poder realizar análisis estadísticos más profundos, por lo cual el tamaño de la muestra se considera una limitante para obtener hallazgos relevantes relacionados con los objetivos secundarios.

Conclusiones

El análisis demostró que no existe una relación entre la impulsividad medida en valor numérico ni interpretada como alta y la severidad de la intención suicida cuando se toma los puntos de corte para interpretar las escalas empleadas, ya que se obtuvo Chi cuadrado = 0,862 ($p > 0,05$) interpretado como un valor estadísticamente no significativo.

La alta severidad de la intención suicida interpretada a través de un punto de corte en su escala se relaciona con los síntomas depresivos, con ser adolescente y ser no creyente.

Por otro lado, al tomar los valores numéricos de la severidad de la intención suicida medida a través de test psicométricos, se vio relacionada con la presencia de síntomas depresivos, ser adolescente, sexo femenino, ser no creyente y antecedente de abuso sexual, con significación estadística.

Los síntomas depresivos se relacionan con la intención suicida, intensidad de ideas, conducta suicida y gravedad de los intentos.

La edad de la adolescencia, no ser creyente y el antecedente de abuso sexual se relacionan de igual manera con los 4 aspectos que conforman la severidad y la intención suicida. El sexo femenino se relaciona con ideación, conducta y gravedad de intentos.

No se evidenció relación con la intención suicida con el estado civil, estado laboral y antecedente de consumo de sustancias. Sin embargo, en el análisis por componente se evidencia una relación entre no tener una pareja estable y el antecedente de consumo patológico de sustancias con conducta suicida.

Las mediciones psicométricas ofrecen una herramienta útil para tener una visión objetiva de tipo cuantitativa en

el abordaje de pacientes psiquiátricos, tanto en sus valores numéricos puros como en sus formas interpretativas.

Financiación

Proyecto enteramente autofinanciado por el autor.

Conflicto de intereses

El autor declara no poseer conflicto de intereses.

Agradecimientos

A mi adorada familia, quien brinda su apoyo incondicional.

BIBLIOGRAFÍA

- World Health Organization. World Health Statistics - Monitoring Health For The SDGs. World Heal Organ. 2016;1:121.
- Bachmann S. Epidemiology of suicide and the psychiatric perspective. *Int J Environ Res Public Health*. 2018;15:1-23.
- Hart SR, van Eck K, Ballard ED, Musci RJ, Newcomer A, Wilcox HC. Subtypes of suicide attempters based on longitudinal childhood profiles of co-occurring depressive, anxious and aggressive behavior symptoms. *Psychiatry Res [Internet]*. 2017;257:150-5, <http://dx.doi.org/10.1016/j.psychres.2017.07.032>.
- Turecki G. Dissecting the suicide phenotype: The role of impulsive-aggressive behaviours. *J Psychiatry Neurosci*. 2005;30:398-408.
- Haw C, Saunders K, Hawton K, Casan C. Risk factors for suicide in individuals with depression: A systematic review. *J Affect Disord*. 2013;147:17-28.
- Subramaniam M, Abidin E, Seow ELS, Picco L, Vaingankar JA, Chong SA. Suicidal ideation, suicidal plan and suicidal attempts among those with major depressive disorder. *Ann Acad Med*. 2014;43:412-21.
- Kinchin I, Doran CM. The economic cost of suicide and non-fatal suicide behavior in the Australian workforce and the potential impact of a workplace suicide prevention strategy. *Int J Environ Res Public Health*. 2017;14:1-14.
- Shepard DS, Gurewich D, Lwin AK, Reed GA, Silverman MM. Suicide and suicidal attempts in the United States: Costs and policy implications. *Suicide Life Threat Behav*. 2016;46:352-62.
- De Leo D, Burgis S, Bertolote JM, Kerkhof AJFM, Bille-Brahe U. Definitions of suicidal behavior: Lessons learned from the WHO/EURO Multicentre Study. *Crisis*. 2006;27:4-15.
- Ordaz SJ, Goyer MS, Ho TC, Singh MK, Gotlib IH. Network basis of suicidal ideation in depressed adolescents. *J Affect Disord*. 2018;226:92-9.
- Salvo L, Castro A. Soledad, impulsividad, consumo de alcohol y su relación con suicidalidad en adolescentes. *Rev Med Chile*. 2013;141:428-34.
- Anestis MD, Law KC, Jin H, Houtsma C, Khazem LR, Assavedo BL. Treating the capability for suicide: A vital and understudied frontier in suicide prevention. *Suicide Life-Threatening Behav*. 2017;47:523-37.
- Erić AP, Erić I, Ćurković M, Dodig-Ćurković K, Kralik K, Kovač V, et al. The temperament and character traits in patients with major depressive disorder and bipolar affective disorder with and without suicide attempt. *Psychiatr Danub*. 2017;29:171-8.
- Deuter K, Procter N, Evans D, Jaworski K. Suicide in older people: Revisioning new approaches. *Int J Ment Health Nurs*. 2016;25:144-50.
- Park EH, Hong N, Jon DI, Hong HJ, Jung MH. Past suicidal ideation as an independent risk factor for suicide behaviours in patients with depression. *Int J Psychiatry Clin Pract [Internet]*. 2017;21:24-8, <http://dx.doi.org/10.1080/13651501.2016.1249489>.
- Bi B, Liu W, Zhou D, Fu X, Qin X, Wu J. Personality traits and suicide attempts with and without psychiatric disorders: Analysis of impulsivity and neuroticism. *BMC Psychiatry*. 2017;17:1-9.
- Alexandre Y, Dombrowski MD, Katalin Szanto MD, Luke Clark DP, Charles F, Reynolds MD III, et al. Reward signals, attempted suicide, and impulsivity in late-life depression. *JAMA Psychiatry*. 2013;123:2145-56.
- Jollant F, Lemogne C, Fossati P. Self-reference in suicidal behaviour. *Cogn Neuropsychiatry*. 2017;22:486-94.
- Lansdall CJ, Coyle-Gilchrist ITS, Jones PS, Rodríguez PV, Wilcox A, Wehmann E, et al. Apathy and impulsivity in frontotemporal lobar degeneration syndromes. *Brain*. 2017;140:1792-807.
- Padovan C, Poulet E, Brevet-aeby C. Prefrontal cortex and impulsivity: interest of noninvasive brain stimulation. *Neurosci Biobehav Rev [Internet]*. 2016, <http://dx.doi.org/10.1016/j.neubiorev.2016.08.028>.
- Swann AC, Dougherty DM, Pazzaglia PJ, Pham M, Steinberg JL, Moeller FG. Increased impulsivity associated with severity of suicide attempt history in patients with bipolar disorder. *Am J Psychiatry*. 2005;162:1680-7.
- Dougherty DM, Mathias CW, Marsh DM, Papageorgiou TD, Swann AC, Moeller FG. Laboratory measured behavioral impulsivity relates to suicide attempt history. *Suicide Life-Threatening Behav*. 2004;34:374-85.
- Ramos-Galarza C, Pérez-Salas C, Bolaños-Pasquel M. Validación de la Escala de Impulsividad Bis 11-C para su Aplicación en Adolescentes Ecuatorianos. *Rev Ecuat Neurol*. 2015;24:24-31.
- World Health Organization. OMS | Depresión [Internet]. OMS. World Health Organization; 2017 [consultado 30 Ene 2020]. p. 1. Disponible en: <http://www.who.int/topics/depression/es/>.
- Orri M, Galera C, Turecki G, Forte A, Renaud J, Boivin M, et al. Association of childhood irritability and depressive/anxious mood profiles with adolescent suicidal ideation and attempts. *JAMA Psychiatry*. 2018;75:465-73.
- Cano JF, Gomez Restrepo C, Rondón M. Validation of the Montgomery-Asberg Depression Rating Scale (MADRS) in Colombia. *Rev Colomb Psiquiatr*. 2016;45:146-55.