



## Revista Latinoamericana de Psicología

<https://revistalatinoamericanadepsicologia.konradlorenz.edu.co/>



ORIGINAL

# Validación en español para Colombia de la Escala de Columbia para evaluar la severidad de riesgo suicida (C-SSRS) en adultos: adaptación lingüística y propiedades psicométricas

Diana Barbosa-Zamudio <sup>a,\*</sup> , Eugenio Ferro <sup>b</sup> , Socorro Moreno Luna <sup>c</sup> ,  
Viviana Alejandra Rodríguez <sup>a</sup> , Álvaro J. Ruiz <sup>a</sup> , Ana Gómez Puentes <sup>b</sup> ,  
Carlos Torres Delgado <sup>b</sup> , Diego F. Vargas <sup>b</sup>

<sup>a</sup> Departamento de Epidemiología Clínica y Bioestadística, Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá, Colombia

<sup>b</sup> Instituto Colombiano del Sistema Nervioso, Clínica Montserrat, Bogotá, Colombia

<sup>c</sup> Avisini Research - Avisini Group, Bogotá, Colombia

**Recibido** el 11 de abril de 2025; **aceptado** el 26 de enero de 2026

**Resumen | Introducción:** El suicidio es un grave problema de salud pública cuya reducción o prevención puede ser lograda gracias a la adecuada identificación del riesgo en quienes presentan ciertas conductas. La estandarización de un método basado en evidencia para evaluar el riesgo suicida es indispensable en la práctica clínica diaria. El objetivo de este estudio fue realizar la adaptación lingüística y psicométrica de la versión en español para Colombia (SpaCO-C-SSRS) de la escala de Columbia para evaluar la gravedad de la ideación suicida en pacientes adultos atendidos en una unidad de salud mental de Bogotá. **Método:** El diseño fue de validación de escalas con características lingüísticas y psicométricas en individuos mayores de 18 años con trastornos mentales. Se aplicaron los instrumentos SpaCO-C-SSRS y la escala de ideación suicida de Beck (SSI). **Resultados:** La muestra de 200 sujetos se dividió en pacientes con antecedentes de conducta suicida (CS) y sin ella. La validez discriminante, con la prueba U de Mann-Whitney, demostró diferencias entre individuos con y sin conducta suicida. El coeficiente de Spearman mostró una correlación positiva entre las escalas SpaCO-C-SSRS y la SSI de Beck para el dominio de severidad de la ideación suicida ( $\rho = 0.78$ ). Se obtuvo una adecuada consistencia interna en la subescala de intensidad de la ideación ( $\Omega = 0.70$ ). Se logró un adecuado ajuste en el análisis factorial confirmatorio con el modelo unidimensional. **Conclusiones:** La versión adaptada de la SpaCO-C-SSRS demostró evidencia robusta de validez de contenido, consistencia interna, validez discriminante y validez de criterio.

**Palabras clave:** Suicidio, riesgo suicida, ideación suicida, intento suicida, comportamiento suicida, C-SSRS en español, Estudio de Validación

© 2025 Fundación Universitaria Konrad Lorenz. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

## Spanish validation for Colombia of the Columbia-Suicide severity rating scale (C-SSRS) in adults: Linguistic adaptation and psychometric properties

**Abstract | Introduction:** Suicide is a serious public health problem whose reduction or prevention can be achieved by proper identification of the risk of those who exhibit certain behaviors. Standardization of an evidence-based method to assess suicidal risk is indispensable for daily clinical practice. The aim of this study was to perform the linguistic and

\* Autor de correspondencia.  
Correo electrónico: barbosadm@javeriana.edu.co

<https://doi.org/10.14349/rlp.2025.v57.23>  
0120-0534/© 2025 Fundación Universitaria Konrad Lorenz. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

psychometric adaptation of the Spanish version for Colombia (SpaCO-C-SSRS) of the Columbia scale to assess the severity of suicidal ideation in adult patients treated in a mental health unit in Bogotá. **Method:** The design was scale validation with linguistic and psychometric characteristics in individuals over 18 years of age with mental disorders. We applied the SpaCO-C-SSRS instruments and the Beck suicidal ideation scale (SSI). **Results:** The sample of two hundred subjects was divided into patients with and without a history of suicidal behavior (CS). The discriminant validity with the Mann-Whitney U test showed differences between individuals with and without suicidal behavior. The Spearman coefficient showed a positive correlation between the SpaCO-C-SSRS scales and Beck's SSI for the severity domain of suicidal ideation ( $\rho = 0.78$ ). Adequate internal consistency was obtained for the intensity subscale of ideation ( $\Omega = 0.70$ ). An adequate fit was achieved in the confirmatory factor analysis with the unidimensional model. **Conclusions:** The adapted version of SpaCO-C-SSRS demonstrated robust validation evidence.

**Keywords:** Suicide, suicide risk, suicidal ideation, suicide attempt, suicidal behavior, C-SSRS in Spanish, Validation Study

© 2025 Fundación Universitaria Konrad Lorenz. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

La conducta suicida incluye aquellos pensamientos que llevan al suceso de quitarse la vida de forma intencionada y se puede clasificar en tres categorías: ideación, plan e intento suicida (New Zealand Guidelines Group & Ministry of Health, 2003). La ideación suicida implica pensamientos del acto suicida, sin considerar planeación. Por su parte, el plan suicida sí incluye pensamientos elaborados que suponen un método para llevar a cabo el acto suicida; finalmente, en el intento suicida hay un comportamiento potencialmente autolesivo, con diversos grados en la intención de morir (Ministerio de Salud y Protección Social & Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud, 2017).

El análisis sistemático de carga mundial, regional y nacional de suicidio 1990-2021 reportó que la edad promedio de fallecimiento por suicidio aumentó de 42.6 años en 1990 a 47.0 años en 2021. En 2021 se produjeron 746 000 muertes por suicidio (9 muertes por suicidio por cada 100 000 personas, tanto en hombres como en mujeres). En América se observó un incremento en la tasa de mortalidad ajustada por edad en cuatro regiones desde 1990. La región con el mayor aumento fue América Latina Central, seguida por América Latina Andina, América Latina Tropical y América del Norte de altos ingresos. De manera adicional, Estados Unidos se destacó por tener una de las tasas más altas de suicidios relacionados con armas de fuego en 2021, seguido de países como Uruguay y Venezuela (Davis Weaver et al., 2025).

En Colombia, para el año 2023, la tasa anual fue de 6.59 casos de suicidio por cada 100 000 habitantes (Charry Lozano, 2023). Para ese mismo año, el Sivigila de Colombia registró 40 850 casos de intento de suicidio, lo que corresponde a una tasa de incidencia de 78.3 por cada 100 000 habitantes. La tasa específica por sexo fue de 99.1 por 100 000 en mujeres y 56.4 en hombres. Del total de casos, el 64.9 % correspondió a mujeres y el 84.6 % de los intentos ocurrieron en áreas urbanas. El método más utilizado fue la intoxicación (66 % de los casos). Entre los factores de riesgo, el 45.3 % de los individuos tenía antecedentes de trastornos psiquiátricos (trastorno depresivo en el 40.8 %). Los principales factores desencadenantes fueron problemas familiares (36.4 %) y conflictos con la pareja o expareja (27.1 %; Dirección de Vigilancia y Análisis del Riesgo en Salud Pública, 2024).

El Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS) ha reconocido que la evaluación específica del riesgo suicida permite la identificación oportuna de casos y facilita su intervención. En este sentido, recomienda que la entrevista clínica se puede complementar, pero nunca sustituir, con algunos instrumentos, entre los que resaltan las escalas de desesperanza, ideación suicida e intencionalidad suicida de Beck, y sugiere, pero advierte las limitaciones de validez, la escala SAD PERSONS por su facilidad de aplicación (Grupo de Vigilancia y Control de Enfermedades no Transmisibles, 2022). Así mismo, en la guía de práctica clínica para la prevención, diagnóstico y tratamiento de la ideación y conducta suicida de 2017, refiere la versión en español, no validada, de la Escala Columbia para evaluación de la gravedad de la ideación suicida (Sp-C-SSRS; Ministerio de Salud y Protección Social & Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud, 2017), lo que exige avanzar hacia la disposición de herramientas adaptadas al contexto nacional. El objetivo de este estudio fue realizar la adaptación cultural, validación lingüística y psicométrica de la escala Sp-C-SSRS en pacientes adultos atendidos en hospitalización, consulta externa y hospital día de una institución de salud mental en Bogotá, Colombia.

## Método

### Diseño

Se desarrolló una investigación prospectiva de validación de escalas, adaptación lingüística y evaluación de pruebas psicométricas para la escala Sp-C-SSRS.

### Participantes

La población de estudio incluyó pacientes mayores de 18 años atendidos en los servicios de consulta externa, hospitalización y hospital día del Instituto Colombiano del Sistema Nervioso – Clínica Montserrat, que asistieron entre el 4 de julio y el 16 de octubre de 2024, con cualquier motivo de consulta, que tuvieran o no antecedente de conducta suicida, quienes dieron su consentimiento verbal y escrito para la participación en la investigación. Se verificó en el momento de la invitación al estudio la comprensión del idioma español. Para

extranjeros, además, se determinó que llevaran como mínimo cinco años viviendo continuamente en el país. Se excluyeron las personas con trastornos cognitivos documentados en la historia clínica que impidieran la comprensión de las preguntas. El tamaño de la muestra se estimó siguiendo las recomendaciones de Hair et al. (1999), que sugieren que, para obtener una estructura factorial estable, se requiere un número mínimo de entre 5 y 10 participantes por ítem, o al menos entre 150 y 200 sujetos cuando las cargas factoriales esperadas son moderadas (Hair et al., 1999). Con base en estos criterios, se estableció un tamaño muestral de 200 participantes, considerado adecuado para los análisis factoriales previstos. Se empleó un muestreo no probabilístico consecutivo, incluyendo de manera secuencial a los pacientes que cumplían los criterios de inclusión hasta completar el tamaño estimado.

### Instrumentos

**Escala de Columbia para evaluar la severidad de riesgo suicida (C-SSRS; Posner et al., 2011).** La C-SSRS es una escala heteroaplicada con un total de 17 ítems, distribuidos en 4 subescalas:

- **Ideación suicida:** cinco ítems con respuesta binaria (sí = 1 / no = 0) y puntúa de 0 a 5. Estos ítems abarcan preguntas sobre el deseo de morir, pensamientos suicidas activos no específicos, ideación suicida activa con cualquier método (no un plan) sin intención de actuar, ideación suicida activa con cierta intención de actuar sin un plan específico e ideación suicida activa con plan específico e intención. Su modo de aplicación indica que, si las respuestas a las preguntas 1 y 2 son negativas, debe pasar a la sección comportamiento suicida, omitiendo la de intensidad de la ideación.

- **Intensidad de la ideación:** cinco ítems ordinales, que puntúan cada uno de 0 a 5, para un puntaje máximo de 25. Estos ítems corresponden a preguntas sobre la intensidad de la ideación más severa definida en la primera sección, en la que se indaga sobre la frecuencia, la duración, el control, los impedimentos para estos pensamientos y las razones para la ideación.

- **Comportamiento suicida:** no tiene una puntuación establecida, indaga cinco ítems que corresponden a los antecedentes de conducta suicida definidos como: intentos reales, intentos interrumpidos, intentos abortados, actos o comportamientos preparatorios y comportamientos autodestructivos no suicidas; utiliza una respuesta binaria de sí/no.

- **Letalidad de los intentos reales:** Indaga sobre el grado de letalidad o lesiones reales o potenciales, definidos en tres momentos: primer intento, intento más letal e intento más reciente, y se califica de 0 a 5, donde 0 es “no hay daño físico o muy poco daño físico”, hasta 5, que es la muerte. Este último se usa en estudios de seguimiento (Posner et al., 2011).

El equipo The Columbia Lighthouse Project (The Columbia Lighthouse Project, s.f.) aportó la versión del C-SSRS Baseline-Screening-Colombia/Spanish-versión 2 de octubre de 2018 – Mapi; además, la C-SSRS Baseline-Screening-US/Spanish-versión 14 de enero de 2009 – Mapi, con las cuales se partió para el proceso de adaptación lingüística y análisis de propiedades psico-

métricas. El estudio de Posner et al. (2011) no describió una estructura factorial definida; sin embargo, reportó los hallazgos iniciales de validez y de consistencia interna de tres estudios multicéntricos con adolescentes y adultos, exclusivamente para la subescala de intensidad, dada la complejidad del instrumento, cuyo alfa de Cronbach osciló entre 0.73 y 0.93 (The Columbia Lighthouse Project, s.f.).

**Escala de ideación suicida de Beck (SSI; Beck et al., 1979).** La escala de ideación suicida de Beck (SSI), adaptada al español por Comeche Moreno et al. (1995) en la Universidad Complutense de Madrid, tiene como objetivo cuantificar y evaluar la ideación suicida, es decir, el grado de seriedad e intensidad con el que alguien pensó o está pensando en suicidarse. Está diseñada para ser aplicada en una población de 17 años en adelante (Comeche Moreno et al., 1995).

La SSI tiene 21 reactivos aplicados en el contexto de una entrevista clínica semiestructurada; los dos últimos no puntúan y son netamente informativos respecto al antecedente de intento suicida. Estos reactivos miden la intensidad de las actitudes, conductas y planes específicos para suicidarse. En estas adaptaciones, la escala está dividida en cinco categorías que reúnen una serie de características relacionadas con: actitud ante la vida/muerte, pensamientos o deseos suicidas, proyecto de intento de suicidio, realización del intento proyectado, factores de fondo. Cada reactivo o ítem tiene tres opciones de respuesta, con un rango de valoración que va de 0 a 2 (desde lo menos hasta lo más severo). El rango teórico del puntaje es de 0 a 38, y se considera que una puntuación igual o mayor de 1 es indicativa de riesgo de suicidio, y a mayor puntuación, mayor riesgo de suicidio. Su modo de aplicación indica que, si la puntuación de los reactivos (4) “Deseo de intentar activamente el suicidio” y (5) “Deseos pasivos de suicidio” es de “0”, no se continúa con los siguientes reactivos, se salta a los ítems 20 y 21, y se finaliza la entrevista. Con lo anterior, se comprende que desde el ítem 6 en adelante son dependientes de las respuestas obtenidas en las preguntas 4 y 5 (Beck et al., 1979).

### Procedimientos

La adaptación cultural se realizó a través de un panel con 19 expertos (psiquiatras, psicólogos y médicos residentes en psiquiatría, intra y extrainstitucionales), moderado por la investigadora principal. Todos los profesionales estaban entrenados y certificados para la aplicación de la C-SSRS, que en una jornada evaluaron el instrumento en la versión en español para Colombia disponible, enviada por *The Columbia Lighthouse Project* (The Columbia Lighthouse Project, s.f.). Se empleó una metodología de consenso simple con elementos del método Delphi modificado, siguiendo las recomendaciones de los autores (Lynn, 1986; Zamanzadeh et al., 2015). Los expertos evaluaron los ítems según tres criterios principales: claridad, comprensión y precisión semántica; pertinencia, grado en que el ítem representa adecuadamente el constructo; adecuación cultural, uso apropiado de términos y relevancia en el contexto colombiano. Cada participante revisó la escala y respondió un conjunto de preguntas orientadas a identificar problemas

de redacción o interpretación, sugiriendo expresiones alternativas cuando lo consideraban necesario. Se consideró alcanzado el consenso cuando al menos el 80 % de los panelistas coincidieron en la adecuación del ítem o aprobaron su redacción final. Las observaciones se analizaron cualitativamente mediante codificación temática inductiva, agrupando los hallazgos por criterios y tipo de modificación sugerida. Una vez establecidos los cambios, se revisó la nueva versión disponible de la SpaCO-C-SSRS (en adelante, para la versión en español para Colombia) y se aprobó por un grupo final de cuatro expertos en el área.

Con el fin de evaluar la comprensión, claridad y adecuación cultural de los ítems de la escala, se aplicaron entrevistas cognitivas a siete participantes de la población objetivo, quienes se encontraban en edades entre los 19 y los 45 años: cinco mujeres y dos hombres, con antecedentes de diagnóstico de trastorno mental, con o sin historia de hospitalizaciones previas y en tratamiento al momento de la entrevista, lo que garantizaba su estabilidad emocional a la hora de responder. Se empleó la técnica *think-aloud*, complementada con sondeos de comprensión y paráfrasis, siguiendo las recomendaciones metodológicas de Willis (2004). Durante cada entrevista, un profesional de psiquiatría aplicó la escala mientras el participante pensaba en voz alta, expresando las ideas o razonamientos que utilizaba para seleccionar sus respuestas. El entrevistador intervenía con preguntas de sondeo estandarizadas, orientadas a identificar posibles ambigüedades o problemas semánticos. Las entrevistas fueron grabadas y transcritas para su análisis cualitativo. Se realizó una codificación temática inductiva de las observaciones, identificando problemas de inteligibilidad, ambigüedad o sensibilidad cultural en los ítems. Los comentarios se agruparon por tipo de problema y se discutieron entre los investigadores hasta alcanzar el punto en que las entrevistas adicionales no aportaban nueva información relevante sobre la interpretación de los ítems. Con base en los hallazgos, se efectuaron ajustes menores de redacción y formato para optimizar la claridad y adecuación cultural de la escala.

Tras la obtención de la versión final del instrumento, se realizó la recolección de los datos conforme a las condiciones estandarizadas de aplicación y registro establecidas en el protocolo; se obtuvo el consentimiento informado, verbal y escrito, del total de los sujetos de investigación y se procedió a la realización de las 200 entrevistas por parte de los expertos, quienes se encargaron de diligenciar los documentos impresos de los tres instrumentos (caracterización sociodemográfica, SpaCO-C-SSRS, escala de ideación suicida de Beck), para luego ser transcritos y anonimizados en la plataforma REDCap por parte de la investigadora principal (Harris et al., 2019). Los pacientes se clasificaron entre aquellos con existencia de comportamiento suicida (intento real, intento interrumpido, intento abortado, actos o comportamientos preparatorios) y con ausencia de comportamiento suicida (que incluían a aquellos solo con ideas suicidas sin intentos), identificado en el reporte de la historia clínica por el médico tratante.

Para la validación psicométrica de la SpaCO-C-SSRS, se tuvo en cuenta el enfoque de Cook y Beckman (2006), basado en una secuencia lógica de conceptos fundamentales de validez y confiabilidad, que propone la validez de constructo como un proceso integral que engloba múltiples aspectos interrelacionados, con énfasis en la necesidad de desarrollar una evidencia sólida y secuencial de que el instrumento mide lo que se propone (American Educational Research Association et al., 2018, "Validez").

### Análisis de datos

Para el análisis de datos se usó el programa estadístico R, versión 4.4. Las variables categóricas se describieron mediante frecuencias y porcentajes, y las cuantitativas, con medidas de tendencia central y dispersión. Las diferencias entre los grupos de existencia y ausencia de conducta suicida (CS) se exploraron mediante pruebas chi-cuadrado o Fisher exacta para variables categóricas y U de Mann-Whitney para la edad.

La *validez de contenido* se evaluó con el coeficiente V de Aiken, el cual permite cuantificar la proporción de acuerdo entre jueces en relación con la relevancia o representatividad de los ítems, considerando  $V \geq 0.80$  como aceptable (Penfield & Giacobbi, 2004), y se calcularon intervalos de confianza del 95 %. No existe un número mínimo fijo para la selección de jueces en la evaluación de una escala psicométrica; sin embargo, un consenso general establece que un mínimo de 3 jueces es aceptable, pero 10 es más robusto. En la selección de jueces se priorizó su conocimiento en el área que mide la escala, quienes fueran capaces de identificar inconsistencias, sesgos o ambigüedades en la redacción de los ítems de la escala, cuya evaluación fue independiente para evitar sesgos y la influencia de otros evaluadores (Zamanzadeh et al., 2015). Dado esto, 10 jueces expertos (9 psiquiatras y 1 psicólogo clínico, de los cuales 7 habían participado en el panel de expertos y 3 en las entrevistas cognitivas) diligenciaron una ficha de validación; cada juez calificó la relevancia de los ítems dentro de su dominio mediante una escala tipo Likert de 5 puntos (1 = irrelevante; 5 = muy relevante), además de registrar observaciones cualitativas sobre la suficiencia y aplicabilidad general de la escala. Se ajustó la redacción de aquellos con valores inferiores al mínimo aceptado o con comentarios cualitativos relevantes (Apéndice A).

La *validez de criterio (convergente)* se determinó mediante la correlación de Spearman ( $\rho$ ) entre las puntuaciones de gravedad de la ideación suicida de la SpaCO-C-SSRS (ítems 1 al 10; rango de 0 a 30) y la escala de ideación suicida de Beck completa (SSI, por sus siglas en inglés), aplicando la prueba de Fisher r-to-z para comparar subgrupos (Spearman, 1904).

La *validez discriminante y externa* se examinó comparando las puntuaciones de ideación e intensidad entre grupos de existencia y ausencia de conducta suicida, con las características sexo, orientación, nivel educativo, ocupación y estrato, mediante pruebas U de Mann-Whitney, t de Student o Kruskal-Wallis, según correspondiera (Kruskal & Wallis, 1952; Mann & Whitney, 1947; Student, 1908).

La *validez de constructo* se evaluó mediante el análisis factorial confirmatorio (AFC), probando tres modelos teóricos (unidimensional, bidimensional y tridimensional) y excluyendo los ítems de la subescala letalidad, dado que, según la estructura conceptual original de la C-SSRS, estos representan medidas de resumen clínico aplicables únicamente a quienes sí reportan un intento suicida (Posner et al., 2011). El ajuste se valoró mediante CFI, TLI, RMSEA y SRMR, considerando CFI/TLI  $\geq 0.90$  y RMSEA/SRMR  $\leq 0.08$  (Brown, 2015).

La *consistencia interna* se estimó con los coeficientes omega total ( $\omega_t$ ) y alfa de Cronbach ( $\alpha$ ) (Cronbach, 1951; Revelle & Zinbarg, 2009) para la subescala de intensidad de la ideación suicida de la SpaCO-C-SSRS. Los autores no recomiendan el análisis de consistencia interna

para el resto de subescalas, dado que usan una escala ordinal (Posner et al., 2011).

## Resultados

### Caracterización sociodemográfica

Se invitó a participar a 216 pacientes de la institución, de los cuales quince se negaron a responder la entrevista y uno decidió interrumpirla tras haberla comenzado, debido a una sensación de confusión. La recolección de la muestra de 200 sujetos se completó en un periodo de tres meses. El 2 % (4) fueron identificados en consulta externa, el 18.5 % (37) en hospital de día y el 79.5 % (159) en hospitalización (Tabla 1).

**Tabla 1.** Caracterización sociodemográfica de la muestra

| Variables<br>n (%)        | Muestra<br>(n = 200)     | Existencia de CS<br>(n = 108) | Ausencia de CS<br>(n = 92) | Valor p             |
|---------------------------|--------------------------|-------------------------------|----------------------------|---------------------|
| <b>Sexo</b>               |                          |                               |                            | 0.75 <sup>a</sup>   |
| Masculino/femenino        | 64 (32.0)<br>136 (68.0)  | 33 (30.5)<br>75 (69.5)        | 31 (33.7)<br>61 (66.3)     |                     |
| <b>Rango de edad</b>      |                          |                               |                            | 0.0307 <sup>b</sup> |
| ( $\bar{X}$ , $\pm$ de)   | 18 – 64<br>35 $\pm$ 12.7 | 18 – 64<br>33.7 $\pm$ 11.4    | 18 – 61<br>38.1 $\pm$ 13.8 |                     |
| <b>Orientación sexual</b> |                          |                               |                            | 0.0056 <sup>a</sup> |
| Heterosexual              | 164 (82.0)               | 81 (75.0)                     | 83 (90.2)                  |                     |
| Homosexual                | 17 (8.5)                 | 12 (11.1)                     | 5 (5.4)                    |                     |
| Bisexual                  | 16 (8.0)                 | 14 (13.0)                     | 2 (2.2)                    |                     |
| Asexual                   | 2 (1.0)                  | 1 (0.9)                       | 1 (1.1)                    |                     |
| Otro                      | 1 (0.5)                  | 0 (0.0)                       | 1 (1.1)                    |                     |
| <b>Nivel educativo</b>    |                          |                               |                            | 0.727 <sup>a</sup>  |
| Básica primaria o menor   | 5 (2.5)                  | 3 (2.8)                       | 2 (2.2)                    |                     |
| Bachiller                 | 54 (27.0)                | 28 (26.0)                     | 26 (28.2)                  |                     |
| Técnico o tecnólogo       | 17 (8.5)                 | 9 (8.3)                       | 8 (8.7)                    |                     |
| Profesional               | 57 (28.5)                | 35 (32.4)                     | 22 (23.9)                  |                     |
| Postgrado                 | 67 (33.5)                | 33 (30.5)                     | 34 (37.0)                  |                     |
| <b>Ocupación actual</b>   |                          |                               |                            | 0.971 <sup>a</sup>  |
| Estudiante                | 36 (18.0)                | 22 (20.4)                     | 14 (15.2)                  |                     |
| Estudia y trabaja         | 14 (7.0)                 | 8 (7.4)                       | 6 (6.5)                    |                     |
| Independiente             | 17 (8.5)                 | 9 (8.3)                       | 8 (8.7)                    |                     |
| Empleado                  | 91 (45.5)                | 46 (42.6)                     | 45 (48.9)                  |                     |
| Desempleado               | 27 (13.5)                | 15 (13.9)                     | 12 (13.1)                  |                     |
| Pensionado                | 6 (3.0)                  | 3 (2.8)                       | 3 (3.3)                    |                     |
| Cesante                   | 9 (4.5)                  | 5 (4.6)                       | 4 (4.3)                    |                     |
| <b>Estrato</b>            |                          |                               |                            | 0.623 <sup>a</sup>  |
| 1                         | 1 (0.5)                  | 1 (0.9)                       | 0 (0.0)                    |                     |
| 2                         | 18 (9.0)                 | 8 (7.4)                       | 10 (10.9)                  |                     |
| 3                         | 52 (26.0)                | 27 (25.0)                     | 25 (27.2)                  |                     |
| 4                         | 76 (38.0)                | 46 (42.6)                     | 30 (32.6)                  |                     |
| 5                         | 29 (14.5)                | 15 (13.9)                     | 14 (15.2)                  |                     |
| 6                         | 24 (12.0)                | 11 (10.2)                     | 13 (14.1)                  |                     |

Notas. CS: 'Conducta suicida'. <sup>a</sup> Test de Fisher. <sup>b</sup> U Mann-Whitney.

Respecto a los antecedentes clínicos (Tabla 2), se identificaron diferencias estadísticamente significativas en la variable hospitalización por psiquiatría ( $p = 0.001$ ), siendo esta considerablemente más frecuente entre los participantes con conducta suicida. Asimismo, el trastorno por consumo de sustancias mostró una mayor prevalencia en este grupo ( $p = 0.007$ ). Los demás diagnósticos psiquiátricos (depresivo, bipolar, ansioso, psicótico, alimentario, etc.) no evidenciaron diferencias significativas entre los grupos ( $p > 0.05$ ).

### Evidencia de validez de contenido

Este análisis mostró valores de V de Aiken superiores a 0.80 en todos los ítems, con intervalos de confianza del 95 % entre 0.82 y 1.00, lo que indicó un alto nivel de acuerdo entre los jueces en términos de claridad, pertinencia y representatividad de los ítems. Las observaciones cualitativas se centraron en aspectos semánticos, como el uso de tiempos verbales y la formulación de algunos reactivos, los cuales fueron revisados y ajustados para garantizar la adecuación lingüística de la versión final (Tabla 3).

**Tabla 2.** Antecedentes clínicos de la muestra

| Variables<br>n (%)                                                      | Muestra<br>(n = 200) | Existencia de CS<br>n = 108 (%) | Ausencia de CS<br>n = 92 (%) | Valor p             |
|-------------------------------------------------------------------------|----------------------|---------------------------------|------------------------------|---------------------|
| Diagnóstico de trastorno mental previo a tratamiento actual             | 161 (80.5)           | 91 (84.3)                       | 70 (70.1)                    | $> 0.05^a$          |
| Tratamiento previo por trastorno mental diagnosticado (n = 161)         | 138 (85.7)           | 79 (73.1)                       | 59 (64.1)                    | $> 0.05^a$          |
| Hospitalización por psiquiatría (al menos una noche, incluye la actual) | 177 (88.5)           | 105 (97.2)                      | 72 (78.3)                    | 0.0014 <sup>b</sup> |
| Diagnóstico del manejo actual*                                          |                      |                                 |                              |                     |
| Trastorno depresivo (unipolar)                                          | 161 (80.5)           | 89 (84.4)                       | 72 (78.3)                    | $> 0.05^a$          |
| Trastorno bipolar (depresión)                                           | 12 (6.0)             | 9 (8.3)                         | 3 (3.3)                      | $> 0.05^b$          |
| Trastorno bipolar (manía/mixto)                                         | 7 (3.5)              | 3 (2.8)                         | 4 (4.4)                      | $> 0.05^b$          |
| Trastorno de ansiedad                                                   | 94 (47.0)            | 47 (43.5)                       | 47 (51.1)                    | $> 0.05^a$          |
| Trastorno psicótico                                                     | 2 (1.0)              | 0 (0.0)                         | 2 (2.2)                      | $> 0.05^b$          |
| Trastorno por consumo de sustancias                                     | 13 (6.5)             | 2 (1.9)                         | 11 (12.0)                    | 0.0071 <sup>b</sup> |
| Trastornos alimentarios                                                 | 6 (3.0)              | 4 (3.7)                         | 2 (2.2)                      | $> 0.05^b$          |
| Trastornos por estrés                                                   | 4 (2.0)              | 3 (2.8)                         | 1 (1.1)                      | $> 0.05^b$          |
| Trastorno de personalidad                                               | 18 (9.0)             | 13 (12.0)                       | 5 (5.4)                      | $> 0.05^a$          |
| Otro                                                                    | 25 (12.5)            | 14 (13.0)                       | 11 (12.0)                    | $> 0.05^a$          |

Notas. CS: 'Conducta suicida'. \*Las frecuencias y porcentajes de diagnóstico de manejo actual no se suman; cada opción tiene como denominador el n de cada grupo. <sup>a</sup> Prueba Chi<sup>2</sup>. <sup>b</sup> Test de Fisher.

**Tabla 3.** Coeficiente V de Aiken para los ítems de la SpACO-C-SSRS

| Ítem  | Promedio de expertos | DE   | V de Aiken | IC 95 %     | Observaciones de los jueces                                   |
|-------|----------------------|------|------------|-------------|---------------------------------------------------------------|
| 1     | 4.9                  | ±0.3 | 0.975      | 0.93 – 1.02 | Ninguna                                                       |
| 2     | 5.0                  | 0    | 1.00       | 1.00 – 1.00 | "Aclarar si es activa o pasivamente."                         |
| 3     | 4.9                  | ±0.3 | 0.90       | 0.85 – 0.95 | "Usualmente, este ítem se resuelve con la anterior pregunta." |
| 4     | 4.9                  | ±0.3 | 0.90       | 0.85 – 0.95 | "Estos pensamientos de... matarse, suicidarse."               |
| 5     | 4.9                  | ±0.3 | 0.90       | 0.85 – 0.95 | "Podría confundir la respuesta final, pero es necesaria."     |
| 6     | 4.9                  | ±0.3 | 0.90       | 0.85 – 0.95 | Ninguna                                                       |
| 7     | 4.8                  | ±0.6 | 0.90       | 0.82 – 1.03 | "Solo en presente."                                           |
| 8     | 4.7                  | ±0.6 | 0.90       | 0.82 – 1.03 | "Solo en presente o futuro, no en pasado."                    |
| 9     | 5.0                  | 0    | 1.00       | 1.00 – 1.00 | "Muy claro, aunque complejo."                                 |
| 10    | 4.8                  | ±0.6 | 0.90       | 0.82 – 1.03 | "Formulación adecuada."                                       |
| 11    | 4.9                  | ±0.3 | 0.90       | 0.85 – 0.95 | Ninguna                                                       |
| 12    | 4.5                  | ±1.0 | 0.80       | 0.70 – 1.04 | "Falta claridad en el concepto."                              |
| 13–16 | 5.0                  | 0    | 1.00       | 1.00 – 1.00 | Ninguna                                                       |
| 17    | 4.7                  | ±0.6 | 0.90       | 0.82 – 1.03 | "Ítem redundante."                                            |

Notas. n = 10 jueces. DE: 'Desviación estándar'. IC: 'Intervalo de confianza'.

### Evidencia de validez de criterio

Se ejecutó la correlación de Spearman ( $\rho$ ) entre las puntuaciones del dominio de gravedad de la SpaCO-C-SSRS y SSI. Se obtuvieron correlaciones positivas y de magnitud alta en la muestra total ( $n = 200$ ;  $\rho = 0.78$ ; IC95 % = 0.706–0.845;  $p < 0.001$ ), en el subgrupo con conducta suicida ( $n = 108$ ,  $\rho = 0.64$ ; IC95 % = 0.496–0.756;  $p < 0.001$ ) y en el subgrupo sin conducta suicida ( $n = 92$ ,  $\rho = 0.80$ ; IC95 % = 0.706–0.876;  $p < 0.001$ ). La prueba de Fisher r-to-z indicó que las correlaciones difieren significativamente entre los grupos ( $Z = -2.36$ ;  $p = 0.018$ ), siendo más fuerte la relación entre la SpaCO-C-SSRS y la SSI en los participantes con ausencia de conducta suicida.

### Evidencia de validez discriminante y externa

Con el fin de evaluar la capacidad discriminante de la escala, se aplicó la prueba U de Mann-Whitney para comparar las puntuaciones entre ambos grupos. Los resultados mostraron diferencias significativas tanto en la subescala de ideación suicida ( $W = 2421$ ;  $p < 0.001$ ) como en la subescala de intensidad de la ideación suicida ( $W = 2793.5$ ;  $p < 0.001$ ). Estos hallazgos indican que la SpaCO-C-SSRS discrimina efectivamente entre individuos con y sin antecedentes de conducta suicida.

Al comparar las puntuaciones totales de ideación e intensidad de la ideación según las variables sociodemográficas, se identificaron diferencias estadísticamente significativas para la ocupación en la subescala de ideación ( $p = 0.007$ ; Tabla 4).

**Tabla 4.** Comparaciones de los puntajes de ideación e intensidad de la SpaCO-C-SSRS según variables sociodemográficas

| Variable               | Subescala | Valor p            | Subescala   | Valor p            |
|------------------------|-----------|--------------------|-------------|--------------------|
| Sexo                   |           | 0.244 <sup>a</sup> |             | 0.362 <sup>a</sup> |
| Ocupación              |           | 0.007 <sup>b</sup> |             | 0.411 <sup>b</sup> |
| Nivel educativo        | Ideación  | 0.112 <sup>b</sup> | Inten-      | 0.104 <sup>b</sup> |
| Orientación sexual     | suicida   | 0.092 <sup>b</sup> | sidad de la | 0.292 <sup>b</sup> |
| Estrato socioeconómico |           | 0.538 <sup>b</sup> | ideación    | 0.537 <sup>b</sup> |

Notas. <sup>a</sup> U Mann-Whitney. <sup>b</sup> Kruskal-Wallis.

### Validez de constructo

Se evaluaron tres modelos teóricos de la estructura factorial de la versión en español de la C-SSRS. Los análisis se realizaron con el estimador WLSMV, apropiado para variables ordinales, y se consideraron los índices de ajuste global  $\chi^2/gl$ , CFI, TLI, RMSEA (con intervalo de confianza al 90 %) y SRMR, siguiendo los criterios de Hu y Bentler (1999). El modelo unifactorial, donde todos los ítems cargaron sobre un factor general de riesgo suicida, mostró un excelente ajuste global ( $\chi^2(90) = 135.18$ ,  $p = 0.001$ ; CFI = 0.996; TLI = 0.995; RMSEA = 0.052 [IC90 % 0.033–0.070]; SRMR = 0.106). El modelo de dos factores, que agrupó los ítems en las dimensiones de ideación suicida y comportamiento suicida, también mostró índices de ajuste excelentes y prácticamente idénticos al modelo unifactorial; no obstante, la correlación muy alta entre los factores ( $r = 0.97$ ) sugiere que ambos podrían reflejar un constructo común subyacente, consistente con la conceptualización de un continuo de riesgo suicida. El ajuste del modelo de tres factores (ideación suicida, intensidad de la ideación y comportamiento suicida) presentó un ajuste casi idéntico a los anteriores (Tabla 5). Los diagramas de trayectorias correspondientes a los modelos evaluados (unidimensional, bidimensional y tridimensional) se presentan en el Apéndice B.

### Consistencia interna

La subescala de intensidad de la ideación suicida (ítems 6 a 10) presentó una consistencia interna moderada, con un alfa de Cronbach de 0.69 (IC 95 % = 0.61–0.75) y un omega total ( $\omega_t$ ) de 0.70. Los valores ítem-total oscilaron entre 0.35 y 0.55, siendo más elevados para los ítems de frecuencia y duración de la ideación. El ítem de disuasión mostró menor correlación, hecho esperado dada su orientación inversa respecto al resto de los reactivos (Tabla 6).

### Discusión

El presente estudio constituye la primera validación psicométrica de la versión en español para Colombia de la Columbia-Suicide Severity Rating Scale (SpaCO-C-SSRS), instrumento de referencia internacional para la evaluación del riesgo suicida.

**Tabla 5.** Cuadro comparativo de los índices de ajuste para los 3 modelos teóricos

| Modelo     | Descripción                                   | $\chi^2$ (gl) | p     | CFI   | TLI   | RMSEA (IC 90 %)     | SRMR  |
|------------|-----------------------------------------------|---------------|-------|-------|-------|---------------------|-------|
| 1 factor   | Un solo factor general de riesgo suicida      | 135.18 (90)   | 0.001 | 0.996 | 0.995 | 0.052 (0.033–0.070) | 0.106 |
| 2 factores | Ideación e Intento/Comportamiento             | 134.79 (89)   | 0.001 | 0.996 | 0.995 | 0.052 (0.033–0.070) | 0.106 |
| 3 factores | Ideación, Intensidad y Comportamiento suicida | 128.79 (87)   | 0.001 | 0.996 | 0.996 | 0.051 (0.050–0.080) | 0.105 |

Notas.  $\chi^2$  = 'chi-cuadrado'. gl = 'grados de libertad'. CFI = 'Comparative Fit Index'. TLI = 'Tucker-Lewis Index'. RMSEA = 'Root Mean Square Error of Approximation (IC 90 %)'. SRMR = 'Standardized Root Mean Square Residual'

**Tabla 6.** Comparativo de fiabilidad por ítem (subescala intensidad de la ideación suicida)

| Ítem*                  | Alfa de Cronbach | Correlación ítem-total (Cronbach) | Coefficiente omega ( $\omega$ ) |
|------------------------|------------------|-----------------------------------|---------------------------------|
| 6. Frecuencia          | 0.59             | 0.55                              | 0.74                            |
| 7. Duración            | 0.63             | 0.46                              | 0.59                            |
| 8. Control             | 0.65             | 0.43                              | 0.52                            |
| 9. Disuasión           | 0.67             | 0.35                              | 0.42                            |
| 10. Razones para morir | 0.64             | 0.44                              | 0.54                            |

*Nota.* Se menciona el tópico principal de la pregunta en cada ítem (esto no corresponde a la pregunta completa).

En primer lugar, la validez de contenido, evaluada mediante el coeficiente V de Aiken, evidenció niveles de acuerdo superiores a 0.80 en todos los ítems, con intervalos de confianza estrechos, lo que refleja un consenso alto entre los expertos sobre la pertinencia y representatividad de los reactivos. Este resultado, junto con los ajustes lingüísticos mínimos realizados en la entrevista cognitiva, garantiza la equivalencia semántica y conceptual con la versión original de Posner et al. (2011). La validez discriminante mostró diferencias estadísticamente significativas entre los grupos con y sin conducta suicida en las subescalas de ideación e intensidad, replicando lo reportado en estudios previos en España (Al-Halabí et al., 2016) y Turquía (Kilincaslan et al., 2019), donde la C-SSRS también discriminó eficazmente entre individuos con estas conductas. Estos resultados respaldan la capacidad de la SpaCO-C-SSRS para diferenciar niveles de riesgo en contextos clínicos, incluso en muestras culturalmente diversas.

La correlación observada en este estudio entre la SpaCO-C-SSRS y la SSI ( $\rho = 0.78$ ;  $p < 0.001$ ) se sitúa en el extremo superior del rango reportado en la literatura para instrumentos de ideación y conducta suicida. Por ejemplo, la versión en español para España de la C-SSRS (Al-Halabí et al., 2016) obtuvo una correlación de  $\rho = 0.71$  ( $p < 0.001$ ) con la SSI en una muestra de 467 pacientes. Además, una revisión meta-analítica (Campos et al., 2023) halló un coeficiente medio global de  $r \approx 0.83$  entre la C-SSRS y la SSI en distintos contextos internacionales. Por su parte, los hallazgos concuerdan con Serrani y cols., quienes ejecutaron una validación psicométrica de la SpC-SSRS en jóvenes de habla hispana en una universidad pública de Argentina, donde el coeficiente fue de 0.71 (Serrani Azcurra, 2017). Estos hallazgos apoyan la solidez de la evidencia de convergencia en el presente estudio, y sugieren que la versión colombiana mantiene una equivalencia psicométrica comparable o incluso superior en su capacidad de capturar ideación suicida en el contexto clínico.

En cuanto a la consistencia interna, la subescala de intensidad de la ideación presentó una alta convergencia en los índices alfa y omega, indicando estabilidad y homogeneidad en la medición del constructo. Estos hallazgos están en línea con lo alcanzado en la adaptación española, que reportó un alfa de 0.87 y un  $\omega$  de 0.87 para la versión de ideación reciente (Al-Halabí et al., 2016). Estos valores, aunque inferiores a los reportados en la adaptación española, son coherentes con la menor variabilidad de las respuestas observadas en nuestra

muestra, en la cual una proporción importante de participantes no presentó ideación de mayor intensidad, por lo que los coeficientes obtenidos reflejan una consistencia funcional y acorde con el propósito clínico de la subescala.

Finalmente, la validez de constructo mediante el AFC respaldó un modelo unidimensional, con índices de ajuste satisfactorios (CFI = 0.996; TLI = 0.996; RMSEA = 0.052; SRMR = 0.106). Este modelo representa adecuadamente el constructo global de riesgo suicida, en línea con enfoques teóricos que consideran la ideación e intención suicida como un continuo. Aunque estudios en otras poblaciones han identificado soluciones bifactoriales más claras, como el estudio de la versión persa de la C-SSRS en soldados iraníes (Jafari et al., 2024), quienes identificaron que los ítems de ideación y comportamiento se agruparon en factores separados; o trifactoriales (Kilincaslan et al., 2019), que han ajustado los datos en concordancia con las subescalas teóricas propuestas por Posner, estas diferencias podrían atribuirse a características muestrales y culturales. En nuestro caso, aunque los modelos bidimensional y tridimensional mostraron índices de ajuste aceptables, las correlaciones extremadamente altas entre sus factores indican que estas estructuras producen dimensiones que pueden reflejar particiones estadísticas de un mismo rasgo latente general. El modelo unidimensional, más parsimonioso y coherente con la estructura subyacente de los datos en el contexto colombiano, refuerza la aplicabilidad clínica de la escala como una herramienta integradora de la ideación, intensidad y comportamiento suicida.

## Conclusiones

La versión colombiana de la Columbia-Suicide Severity Rating Scale (SpaCO-C-SSRS) demostró validez de contenido, discriminante, de criterio y de constructo, así como una consistencia interna adecuada. Su estructura unidimensional respalda su uso como herramienta válida, confiable y culturalmente adaptada para la evaluación del riesgo suicida en el contexto colombiano. Estos resultados fortalecen la evidencia empírica de la C-SSRS como instrumento de evaluación clínica y epidemiológica; su empleo en el ámbito clínico podría fortalecer los procesos de detección temprana y estratificación del riesgo suicida en servicios de salud mental, aportando información útil para la prevención y el seguimiento de pacientes vulnerables.

## Limitaciones

Se reconocen algunas limitaciones metodológicas que deben ser consideradas al interpretar los resultados. En primer lugar, se utilizó un muestreo no probabilístico consecutivo, lo cual restringe la posibilidad de generalizar los hallazgos a otras poblaciones. Asimismo, el tamaño y la composición de la muestra, conformada por 200 participantes provenientes de un único centro de atención con predominio de hospitalización, limitan la representatividad de otras poblaciones clínicas o comunitarias. De igual forma, no se evaluó la estabilidad temporal del instrumento mediante procedimientos de confiabilidad test-retest, ni se exploró la invarianza factorial por variables sociodemográficas relevantes, como sexo, edad u ocupación. Estas limitaciones deberán ser abordadas en investigaciones futuras que incluyan muestras más amplias y diversas, así como diseños longitudinales que permitan estimar la estabilidad y equivalencia del instrumento en distintos subgrupos poblacionales.

## Normativa y aprobación ética

Esta investigación siguió a los lineamientos éticos establecidos en la Ley 1090 (Congreso de Colombia, 2006) y la Resolución 8430 (Ministerio de Salud, 1993). Estas normativas contemplan el respeto por el secreto profesional, el derecho de los participantes a no participar o retirarse libremente del estudio, la obtención del consentimiento informado, la devolución de resultados y la garantía de anonimato. El protocolo de investigación y el consentimiento informado fueron aprobados por el Comité de Investigación del Instituto Colombiano del Sistema Nervioso – Clínica Montserrat Hospital Universitario y por un comité independiente de ética en investigación (CEI Campo Abierto LTDA)<sup>1</sup>. De acuerdo con lo anterior, se solicitó el consentimiento a todos los sujetos que ingresaron al estudio, se respetó la confidencialidad de la información de los participantes a través de la anonimización de la información y se manejó la base de datos a través de la plataforma REDCap (Harris et al., 2009, 2019), con acuerdo de licencia para la Clínica Montserrat.

## Referencias

- 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., Muñoz, J., Posner, K., Oquendo, M. A., García-Portilla, M. P., & Bobes, J. (2016). Validación de la versión en español de la Columbia-Suicide Severity Rating Scale (Escala Columbia para Evaluar el Riesgo de Suicidio). *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 9(3), 134-142. <https://doi.org/10.1016/j.rpsm.2016.02.002>
- American Educational Research Association, American Psychological Association, & National Council on Measurement in Education. (2018). *Estándares para pruebas educativas y psicológicas* (M. Lieve, Trad.). American Educational Research Association. [https://www.testingstandards.net/uploads/7/6/6/4/76643089/9780935302745\\_web.pdf](https://www.testingstandards.net/uploads/7/6/6/4/76643089/9780935302745_web.pdf)
- Beck, A. T., Kovacs, M., & Weissman, A. (1979). Assessment of Suicidal Intention: The Scale for Suicide Ideation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 47(2), 343-352. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.47.2.343>
- Brown, T. A. (2015). *Confirmatory factor analysis for applied research* (2.a ed.). Guilford Press.
- Campos, A. I., Van Velzen, L. S., Veltman, D. J., Pozzi, E., Ambroggi, S., Ballard, E. D., Banaj, N., Başgöze, Z., Bellow, S., Benedetti, F., Bollettini, I., Brosch, K., Canales-Rodríguez, E. J., Clarke-Rubright, E. K., Colic, L., Connolly, C. G., Courtet, P., Cullen, K. R., Dannlowski, U., ... & Rentería, M. E. (2023). Concurrent validity and reliability of suicide risk assessment instruments: A meta analysis of 20 instruments across 27 international cohorts. *Neuropsychology*, 37(3), 315-329. <https://doi.org/10.1037/neu0000850>
- Charry Lozano, L. (2023). *Comportamiento del suicidio. Colombia, año 2023*. Forensis: Datos para la Vida, (1), 369-403. [https://www.medicinalegal.gov.co/documents/20143/1124000/Fo-rensis\\_2023.pdf#page=369](https://www.medicinalegal.gov.co/documents/20143/1124000/Fo-rensis_2023.pdf#page=369)
- Comeche Moreno, M. I., Díaz García, M. I., & Vallejo Pareja, M. A. (1995). *Cuestionarios, inventarios y escalas, ansiedad depresión y habilidades sociales*. Fundación Universidad-Empresa.
- Congreso de Colombia. (2006). *Ley 1090. Por la cual se reglamenta el ejercicio de la profesión de psicología, se dicta el código deontológico y bioético y otras disposiciones*. Diario Oficial, 142(46383), 35-42. <https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=66205>
- Cook, D. A., & Beckman, T. J. (2006). Current concepts in validity and reliability for psychometric instruments: Theory and application. *The American Journal of Medicine*, 119(2), 166.e7-166.e16. <https://doi.org/10.1016/j.amjmed.2005.10.036>
- Cronbach, L. J. (1951). Coefficient Alpha and the internal structure of tests. *Psychometrika*, 16(3), 297-334. <https://doi.org/10.1007/BF02310555>
- Davis Weaver, N., Bertolacci, G. J., Rosenblad, E., Ghoba, S., Cunningham, M., Ikuta, K. S., Moberg, M. E., Mouglin, V., Han, C., Wool, E. E., Abate, Y. H., Adewuyi, H. O., Adnani, Q. E. S., Adzighli, L. A., Afolabi, A. A., Agampodi, S. B., Ahinkorah, B. O., Ahmad, A., Ahmad, D., ... Naghavi, M. (2025). Global, regional, and national burden of suicide, 1990–2021: A systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2021. *The Lancet Public Health*, 10(3), preprint e189-e202. [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(25\)00006-4](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(25)00006-4)
- Dirección de Vigilancia y Análisis del Riesgo en Salud Pública. (2024). *Informe de Evento 2023. Intento de suicidio* [Protocolo de vigilancia en salud pública]. Instituto Nacional de Salud. <https://doi.org/10.33610/infoeventos.49>
- Grupo de Vigilancia y Control de Enfermedades no Transmisibles. (2022). *Intento de suicidio* [Protocolo de vigilancia en salud pública]. Instituto Nacional de Salud. <https://doi.org/10.33610/732349wwrhst>
- Hair, J. F., Anderson, R. E., Tatham, R. L., & Black, W. C. (1999). *Análisis multivariante* (E. Prentice & D. Cano, Trad.; 5.a ed.). Pearson Prentice Hall.
- Harris, P. A., Taylor, R., Minor, B. L., Elliott, V., Fernandez, M., O'Neal, L., McLeod, L., Delacqua, G., Delacqua, F., Kirby, J., & Duda, S. N. (2019). The REDCap consortium: Building an international community of software platform partners. *Journal of Biomedical Informatics*, 95, 103208. <https://doi.org/10.1016/j.jbi.2019.103208>
- Harris, P., Taylor, R., Thielke, R., Payne, J., Gonzalez, N., & Conde, J. (2009). Research electronic data capture (REDCap) – A metadata-driven methodology and workflow process for providing translational research informatics support. *Journal of Biomedical Informatics*, 42(2), 377-381. <https://doi.org/10.1016/j.jbi.2008.08.010>

<sup>1</sup> Número de acta 198.

- Hu, L. T., & Bentler, P. M. (1999). Cutoff criteria for fit indexes in covariance structure analysis: Conventional criteria versus new alternatives. *Structural Equation Modeling: A Multidisciplinary Journal*, 6(1), 1–55. <https://doi.org/10.1080/10705519909540118>
- Jafari, A., Rahnejat, A., Hooshyari, Z., Taghva, A., Ghasemzadeh, M. R., & Donyavi, V. (2024). Psychometric Properties of a Persian Version of the Columbia Suicide Severity Rating Scale (C-SSRS) in Iranian Soldiers. *Iranian Journal of Psychiatry*, 19(3), 295. <https://doi.org/10.18502/ijps.v19i3.15831>
- Kilincaslan, A., Gunes, A., Eskin, M., & Madan, A. (2019). Linguistic adaptation and psychometric properties of the Columbia-Suicide Severity Rating Scale among a heterogeneous sample of adolescents in Turkey. *The International Journal of Psychiatry in Medicine*, 54(2), 115–132. <https://doi.org/10.1177/0091217418791454>
- Kruskal, W. H., & Wallis, W. A. (1952). Use of ranks in one-criterion variance analysis. *Journal of the American Statistical Association*, 47(260), 583–621. <https://doi.org/10.1080/01621459.1952.10483441>
- Lynn, M. R. (1986). Determination and quantification of content validity. *Nursing Research*, 35(6), 382–386. <https://doi.org/10.1097/00006199-198611000-00017>
- Mann, H. B., & Whitney, D. R. (1947). On a test of whether one of two random variables is stochastically larger than the other. *The Annals of Mathematical Statistics*, 18(1), 50–60. <https://doi.org/10.1214/aoms/1177730491>
- Ministerio de Salud. (1993, octubre 4). *Resolución 8430. Gobierno de Colombia*. <https://minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/RESOLUCION-8430-DE-1993.pdf>
- Ministerio de Salud y Protección Social & Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud. (2017). *Guía de práctica clínica para la prevención, diagnóstico y tratamiento de la ideación y/o conducta suicida (adopción)*. Sistema General de Seguridad Social en Salud – Colombia (Guía de práctica clínica GPC 2017–60). Ministerio de Salud y Seguridad Social. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/INEC/IETS/guia-prevencion-conducta-suicida-adopcion.pdf>
- New Zealand Guidelines Group & Ministry of Health. (2003). *The Assessment and Management of People at Risk of Suicide. For Emergency Departments and Mental Health Service Acute Assessment Settings* [Best Practice Evidence Guideline]. New Zealand Government. [https://www.health.govt.nz/system/files/2012-08/suicide\\_guideline.pdf](https://www.health.govt.nz/system/files/2012-08/suicide_guideline.pdf)
- Penfield, R. D., & Giacobbi, Jr., P. R. (2004). Applying a Score Confidence Interval to Aiken's Item Content-Relevance Index. *Measurement in Physical Education and Exercise Science*, 8(4), 213–225. [https://doi.org/10.1207/s15327841mpee0804\\_3](https://doi.org/10.1207/s15327841mpee0804_3)
- 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., & Mann, J. J. (2011). The Columbia-Suicide Severity Rating Scale: Initial Validity and Internal Consistency Findings from Three Multisite Studies with Adolescents and Adults. *American Journal of Psychiatry*, 168(12), 1266–1277. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2011.10111704>
- Revelle, W., & Zinbarg, R. E. (2009). Coefficients Alpha, Beta, Omega, and the glb: Comments on Sijtsma. *Psychometrika*, 74(1), 145–154. <https://doi.org/10.1007/s11336-008-9102-z>
- Serrani Azcurra, D. (2017). Psychometric validation of the Columbia-Suicide Severity rating scale in Spanish-speaking adolescents. *Colombia Medica*, 48(4), 174–182. <https://doi.org/10.25100/cm.v48i4.2294>
- Spearman, C. (1904). The proof and measurement of association between two things. *The American Journal of Psychology*, 15(1), 72–101. <https://doi.org/10.2307/1412159>
- Student. (1908). The probable error of a mean. *Biometrika*, 6(1), 1–25. <https://doi.org/10.2307/2331554>
- The Columbia Lighthouse Project. (s.f.). *About the protocol*. Columbia University. <https://cssrs.columbia.edu/the-columbia-scale-c-ssrs/about-the-scale/>
- Willis, G. B. (2004). *Cognitive interviewing: A tool for improving questionnaire design*. Sage Publications.
- Zamanzadeh, V., Ghahramanian, A., Rassouli, M., Abbaszadeh, A., Alavi-Majd, H., & Nikanfar, A.-R. (2015). Design and implementation content validity study: Development of an instrument for measuring Patient-Centered Communication. *Journal of Caring Sciences*, 4(2), 165–178.

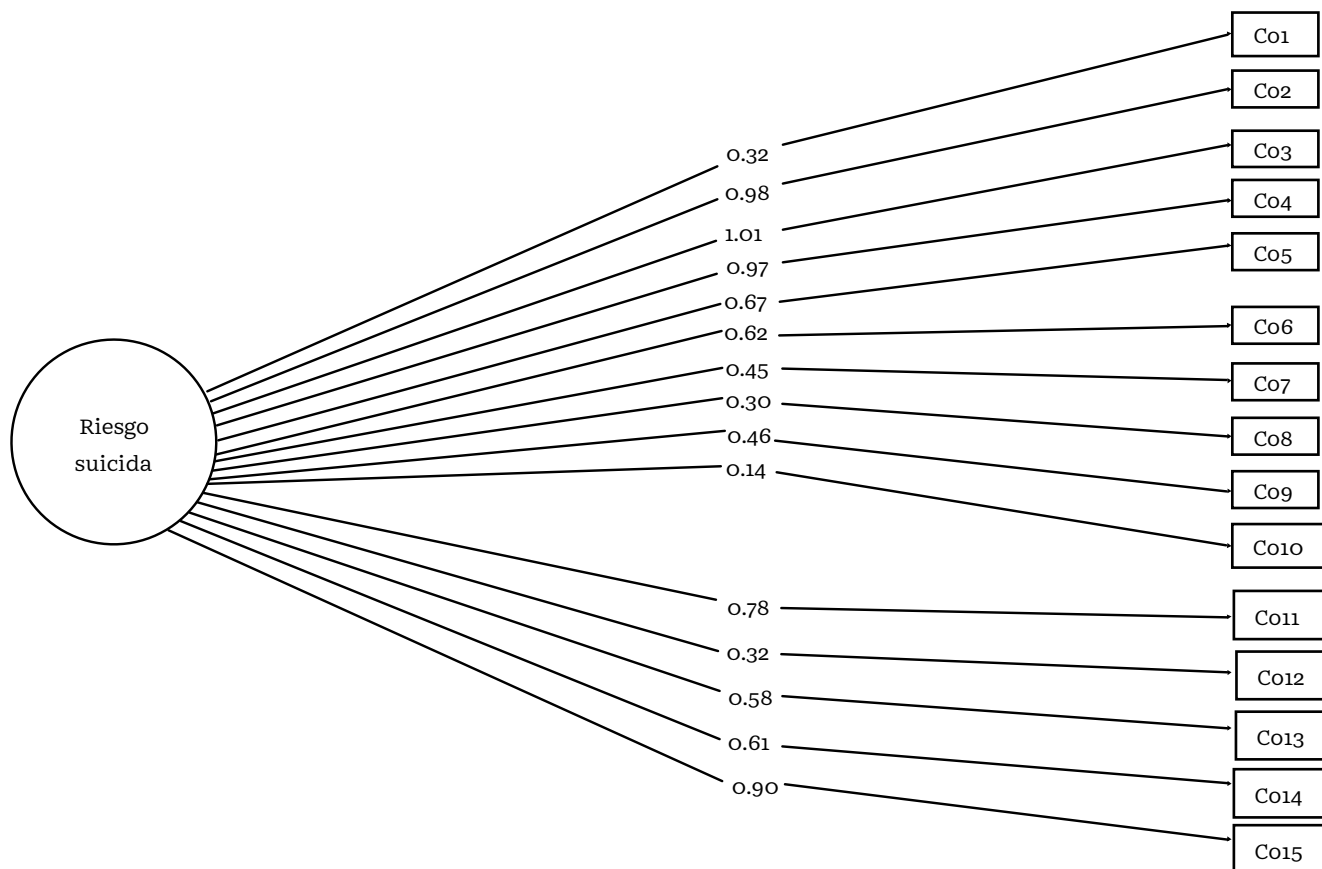
## Apéndices

### Apéndice A. Resumen de cambios posterior a la prueba de campo y evaluación de expertos de la SpaCO-C-SSRS

| Fraseo preevaluación                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | Fraseo final (postevaluación)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <u>Ítem 2</u><br>¿Ha pensado realmente en matarse?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | <u>Ítem 2</u><br>¿Ha pensado en hacer algo para terminar con su vida (matarse/suicidarse)?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| <u>Ítem 3</u><br>¿Ha pensado en cómo podría matarse?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | <u>Ítem 3</u><br>¿Ha pensado en cómo podría terminar con su vida (matarse/suicidarse)?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| <u>Ítem 4</u><br>¿Ha tenido estos pensamientos de matarse y alguna intención real de hacerlo?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | <u>Ítem 4</u><br>¿Ha tenido la intención, aunque sea mínima, de llevar a cabo estos pensamientos (matarse/suicidarse)?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| <u>Ítem 5</u><br>¿Ha empezado a planear o ya tiene los detalles de cómo y cuándo se va a matar? ¿Tiene intenciones de cumplir este plan?                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | <u>Ítem 5</u><br>¿Ha planeado los detalles de cómo, cuándo y dónde matarse? ¿Ha tenido intenciones de cumplir este plan?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| <u>Ítem 8</u><br>Control<br>¿Podría/puede dejar de pensar en matarse o en querer morirse si lo desea?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | <u>Ítem 8</u><br>Control<br>Si usted quisiera, ¿Podría o puede dejar de pensar en matarse o en querer morirse?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| <u>Ítem 9</u><br>Impedimentos<br>¿Hay cosas - alguien o algo (p. ej., la familia, la religión, el dolor al morir) - que hayan evitado que quisiera morirse o intentar matarse?                                                                                                                                                                                                                                                              | <u>Ítem 9</u><br>Impedimentos<br>¿Hay cosas - alguien o algo (p. ej., la familia, la religión, el dolor al morir, la esperanza de mejoría) - que hayan evitado que quisiera morirse o llevar a cabo sus pensamientos de matarse?                                                                                                                                                                                                                                                               |
| <u>Ítem 10</u><br>Razones para la ideación<br>¿Qué razones ha tenido para pensar en querer morirse o matarse? ¿Fue para terminar con el dolor, con el sufrimiento, con la manera en que se sentía; o fue para llamar la atención, ¿vengarse u obtener una reacción de los demás? ¿O ambas posibilidades?                                                                                                                                    | <u>Ítem 10</u><br>Razones para la ideación<br>¿Qué razones ha tenido para pensar en querer morirse o matarse? ¿Fue para terminar con el dolor, con el sufrimiento, con la manera en que se sentía; o fue para obtener una reacción de los demás, llamar la atención o vengarse? ¿O ambas posibilidades?                                                                                                                                                                                        |
| <u>Ítem 11</u><br>Intento real<br>¿Ha intentado matarse (suicidarse)?<br>¿Ha hecho algo para hacerse daño?<br>¿Ha hecho algo peligroso por lo cual podría haberse muerto?<br>¿Qué hizo?<br>¿Usted _____ como una manera de terminar con su vida?<br>¿Quería morirse (aunque fuera un poco) cuando usted _____?<br>¿Estaba tratando de terminar con su vida cuando usted _____?<br>¿O pensó que podría haber muerto como resultado de _____? | <u>Ítem 11</u><br>Intento real<br>¿Ha intentado terminar con su vida (matarse/suicidarse)?<br>¿Ha hecho algo peligroso por lo cual podría haberse muerto?<br>¿Ha hecho algo para hacerse daño?<br>¿Qué hizo?<br>(Lo que hizo)_____ ¿fue una manera de terminar con su vida?<br>Cuando usted _____ ¿quería morirse o al menos tenía una mínima intención de morir?<br>¿Estaba tratando de terminar con su vida cuando usted _____?<br>¿O pensó que podría haber muerto como resultado de _____? |
| <u>Ítem 14</u><br>Intento abortado<br>¿Alguna vez empezó a hacer algo para matarse, pero decidió detenerse antes de hacerlo?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | <u>Ítem 14</u><br>Intento abortado<br>¿Alguna vez empezó a hacer algo para matarse, pero usted mismo/a decidió detenerse antes de hacerlo?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| <u>Ítem 15</u><br>Acciones o conductas de preparación de un suicidio.<br>¿Ha hecho algún preparativo para un intento suicida o para matarse (como juntar pastillas, comprar una pistola, regalar posesiones valiosas o escribir una nota de despedida o suicida)?                                                                                                                                                                           | <u>Ítem 15</u><br>Actos o comportamiento preparatorios<br><br>¿Alguna vez ha hecho preparativos para terminar con su vida (como juntar pastillas, conseguir un arma, regalar sus cosas, escribir una carta de despedida o una nota suicida)?                                                                                                                                                                                                                                                   |

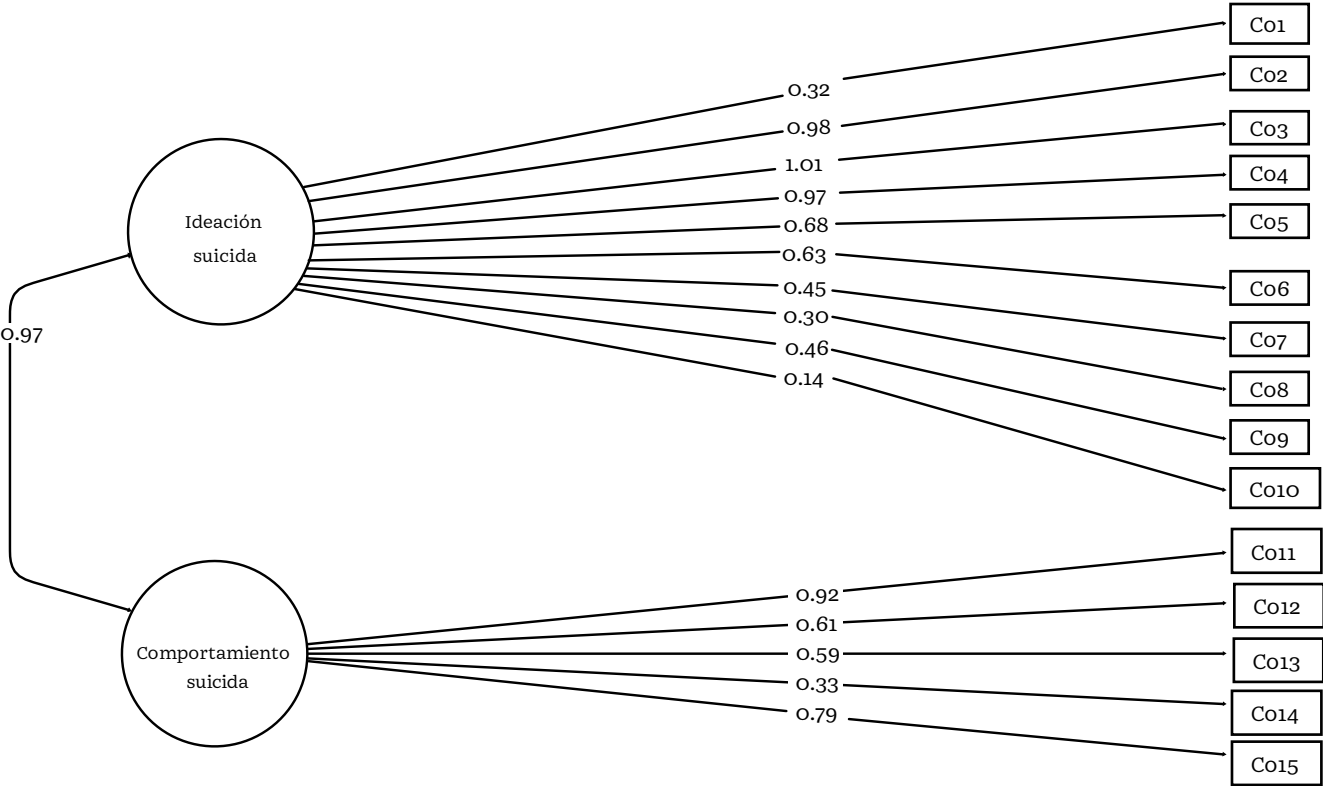
## Apéndice B. Figuras diagramas de trayectorias

**Figura 1.** Diagrama de trayectorias modelo unidimensional

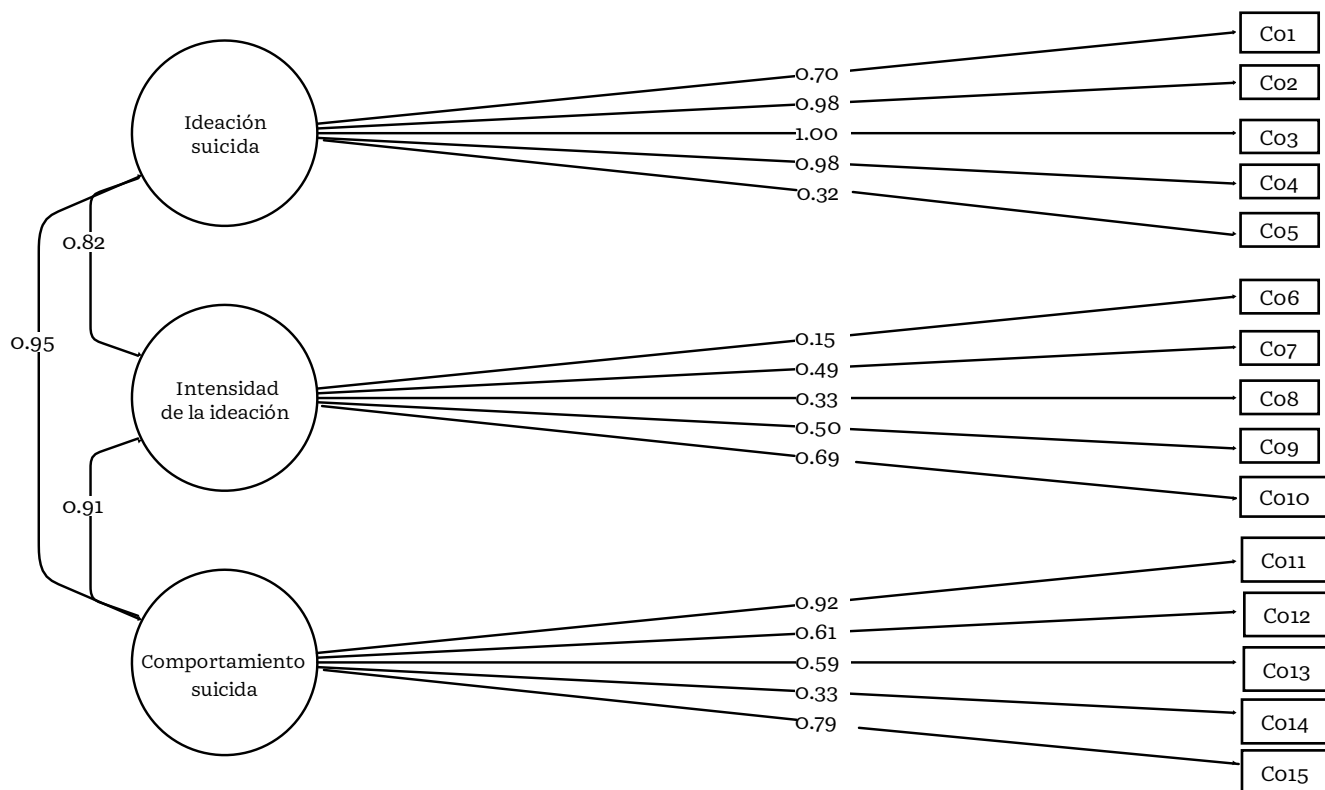


Co: Ítems de la versión en español para Colombia de la C-SSRS

**Figura 2.** Diagrama de trayectorias modelo bifactorial



Co: Ítems de la versión en español para Colombia de la C-SSRS

**Figura 3.** Diagrama de trayectorias modelo trifactorial

Co: Ítems de la versión en español para Colombia de la C-SSRS