

EVALUACIÓN DE LA CONDUCTA SUICIDA EN ADOLESCENTES: A PROPÓSITO DE LA ESCALA PAYKEL DE SUICIDIO

EVALUATION OF SUICIDAL BEHAVIOR IN ADOLESCENTS: THE PAYKEL SUICIDE SCALE

Eduardo Fonseca-Pedrero^{1,2,3} y Alicia Pérez de Albéniz^{1,2}

¹Universidad de La Rioja. ²Programa Riojano de Investigación en Salud Mental (PRISMA). ³Centro de Investigación Biomédica en Red de Salud Mental (CIBERSAM), Universidad de Oviedo

La conducta suicida es un problema socio-sanitario a nivel mundial; no obstante, en el contexto de la psicología española existen escasos instrumentos de medida debidamente validados y baremados en muestras representativas de la población adolescente. Por lo tanto, el propósito de este trabajo es presentar la Escala Paykel de Suicidio como herramienta de evaluación de la conducta suicida en jóvenes españoles. En primer lugar, se realiza una breve delimitación conceptual de la conducta suicida, se mencionan datos epidemiológicos, modelos psicológicos y factores de riesgo y protección. En segundo lugar, se aborda la evaluación de la conducta suicida como eje nuclear en la detección, identificación, prevención e intervención, así como en la comprensión de este fenómeno. En tercer lugar, se introduce la Escala Paykel de Suicidio, de la mano de sus propiedades psicométricas y, en concreto, de su baremación en adolescentes españoles. Finalmente, se concluye a modo de recapitulación. La Escala Paykel parece ser un instrumento de medida breve, sencillo, útil y con adecuadas propiedades psicométricas para la valoración y/o el cribado de la conducta suicida en adolescentes. Puede ser utilizada en la evaluación general de la salud mental o exploración psicopatológica, así como en contextos educativos, sanitarios y/o sociales. Es transcendental que el profesional de la psicología disponga de adecuadas herramientas de evaluación de la conducta suicida de cara a tomar decisiones fundamentadas y optimizar la gestión de recursos educativos y socio-sanitarios.

Palabras clave: Suicidio, Conducta suicida, Adolescentes, Jóvenes, Validación, Baremación.

Suicidal behavior a serious public health concern worldwide. Nevertheless, in the context of Spanish psychology few measuring instruments exist that have been validated with norm scores from representative samples of the adolescent population. Therefore, the main goal of this work is to present the Paykel Suicide Scale as a tool for assessing suicidal behavior in Spanish youth. First, a brief conceptual delimitation of suicidal behavior is made, and epidemiological data, psychological models, and risk and protection factors are mentioned. Second, the suicide assessment is presented as a nuclear axis for detection, identification, prevention, and intervention as well as in order to advance in our understanding of this phenomenon. Thirdly, the Paykel Suicide Scale is introduced, along with its psychometric properties, and specifically, its scale norms in the Spanish adolescent population. Finally, we conclude with a recapitulation. The Paykel Scale seems to be a brief, simple, useful instrument, with adequate psychometric properties to measure or screen suicidal behavior in adolescents. It can be used to assess mental health status in general examinations, as well as in educational, health, and social contexts. It is crucial for the professional psychologist to have adequate tools for assessing suicidal behavior in order to make informed decisions and to manage educational and socio-health resources effectively.

Key words: Suicide, Suicidal behavior, Adolescents, Youth, Validation, Norms.

La conducta suicida es un problema de salud público que se encuentra rodeado de estigma y tabú. Se sitúa entre una de las causas principales de años de vida perdidos por muerte prematura y representa, a nivel mundial, el 1,4% de la carga de morbilidad de años de vida ajustados a la discapacidad (Catalá-López, Gènova-Maleras, Álvarez-Martín, de Larrea-Baz, y Morant-Ginestar, 2013; Mu-

rray et al., 2012; OMS, 2014). El suicidio consumado es la primera causa de muerte externa en muchos países del mundo y una de las primeras causas de muerte en adolescentes y personas en edad productiva. Por ejemplo, entre la población de 15 a 24 años el suicidio consumado, a nivel mundial, se sitúa en la segunda causa de muerte (Gore et al., 2011). En España, cada año mueren por suicidio entre 3500 y 3700 personas. Concretamente, el último informe sobre causas de muerte en España del Instituto Nacional de Estadística (INE) del año 2017, reveló que 3.679 personas perdieron la vida por suicidio. A nivel mundial, más de 800.000 personas se suicidan cada año, lo que representa, por término medio, una muerte cada 40 segundos. Según las

Recibido: 10 enero 2020 - Aceptado: 12 febrero 2020

Correspondencia: Eduardo Fonseca Pedrero. Universidad de La Rioja. Departamento de Ciencias de la Educación. C/ Luis de Ulloa, 2 (Edificio Vives). 26004 Logroño. España.

E-mail: eduardo.fonseca@unirioja.es



estimaciones de la OMS en el año 2020, aproximadamente 1,53 millones de personas morirán por suicidio (OMS, 2014). A parte de estas cifras, que el lector sabrá valorar y ponderar en su medida, el suicidio y cualquiera de sus manifestaciones genera un impacto a nivel personal, familiar, escolar, social, y sanitario, tanto en la sociedad presente como futura.

En este sentido, y dado el calado del problema, es un imperativo la realización de actuaciones para su prevención. De hecho, la OMS, ya ha hecho un llamamiento para que los diferentes países del mundo introduzcan la prevención del suicidio en sus "agendas" sanitarias. Entre las acciones que se pueden implementar está la formación, información, sensibilización y concienciación de la sociedad en general (Fonseca-Pedrero y Díez, 2018), y de los profesionales de la psicología en particular. También se pueden implantar estrategias de prevención de la conducta suicida en contextos sociales, sanitarios y/o educativos, por mencionar algunos (O'Connor y Pirkis, 2016). De hecho, las medidas de prevención en el campo del suicidio han mostrado su eficacia, poniendo de manifiesto que el suicidio es prevenible (Fonseca-Pedrero et al., 2019; O'Connor y Pirkis, 2016, Zalsman et al., 2016). Una de las formas de prevención es la detección e identificación precoz de un posible caso de riesgo suicida o el cribado de participantes en muestras de la población general que pueden estar en condición de riesgo (p.ej., presentan una clara planificación suicida o han realizado tentativas de suicidio previas). Una vez detectado e identificado el posible caso, se podrían implementar tratamientos profilácticos basados en evidencias científicas, con los consabidos beneficios a múltiples niveles; seamos claros, cuando antes se detecte e identifique y se intervenga de forma eficaz, mejor. No obstante, no deja de ser curioso que en el contexto de la psicología española existen escasos instrumentos de medida debidamente validados y baremados en muestras representativas de la población adolescente. Más aún, los instrumentos de medida para la evaluación de la conducta suicida son escasamente utilizados por los psicólogos españoles (Muñiz, Hernández, y Fernández-Hermida, 2020) y su uso en profesionales de la salud mental, es más la excepción que la regla (Xifró, Suelves, Martín-Fumadó, y Gómez-Durán, 2015).

El propósito de este trabajo es, por lo tanto, presentar la Escala Paykel de Suicidio (*Paykel Suicide Scale*, PSS) (Paykel, Myers, Lindenthal, y Tanner, 1974) como herramienta de evaluación de la conducta suicida en jóvenes españoles. En primer lugar, se realiza una breve delimitación conceptual de la conducta suicida, se mencionan datos epidemiológicos, modelos psicológicos y factores de riesgo y protección. En segundo lugar, se aborda la evaluación de la conducta suicida como eje nuclear en la detección, identificación, prevención e intervención, así como en la comprensión de este fenómeno. En tercer lugar, se introduce la Escala Paykel (Paykel et al., 1974), de la mano de sus propiedades psicométricas y, en concreto, de su baremación en población adolescente. Finalmente, se concluye a modo de recapitulación.

DELIMITACIÓN CONCEPTUAL DE LA CONDUCTA SUICIDA

La conducta suicida es un fenómeno complejo, multidimensional y multicausal cuya delimitación, evaluación, tratamiento y prevención, requiere de un enfoque holístico, focalizado en la persona y en su contexto (familias, centros educativos, medidas legales, etc.), que incluya variables biológicas, psicológicas y sociales. Su solución, obviamente, no tiene una fácil respuesta.

Etimológicamente suicidio (*sui*: "sí mismo"; *caedere*: "matar") es el acto de provocarse a sí mismo la muerte de forma intencional. La conducta suicida abarca muchas más manifestaciones que el suicidio consumado, siendo un concepto para el que todavía en el siglo XXI no se ha llegado a un consenso (Goodfellow, Kölves, y de Leo, 2018). De hecho, algunos autores prefieren hablar de penacidio (matar la pena o matar el sufrimiento) o psialgia (dolor psicológico, sufrimiento importante a nivel vital que afecta a la persona como un todo, y que puede conducir a que la persona se plantee el suicidio).

La conducta suicida tiene diferentes manifestaciones, las cuales oscilan en un gradiente de gravedad que va desde la ideación hasta el suicidio consumado (véase Figura 1). En este sentido, diversos autores plantean la conducta suicida desde un punto de vista dimensional (Anseán, 2014; O'Connor y Pirkis, 2016), que se encuentra acotada por dos polos, bienestar-suicidio consumado. En función de la expresión (ideas de muerte, tentativa, etc.) dentro de este continuum, así como de su intensidad, frecuencia y malestar asociado, el nivel de riesgo de suicidio consumado para una persona concreto será, teóricamente, mayor.

PREVALENCIA DE LA CONDUCTA SUICIDA

Según el INE y el Observatorio del Suicidio, en el año 2017, 3.679 personas perdieron la vida por suicidio, que suponen un aumento de 110 defunciones respecto a 2016 (un 3,1% más). En esencia, implica el doble de muertes que los accidentes de tráfico, 13 veces más que los homicidios y 80 veces más que la violencia de género, siendo también, después de los tumores, la principal causa de muerte en la juventud española (de 15 a 34 años). La tasa media estatal fue de 7,9 por cada 100.000 habitantes. En el año 2018, de acuerdo con las cifras disponibles en la página web del INE, un total de 3.539 personas fallecieron en España por suicidio. En población adolescente y joven los datos epidemiológicos también hablan por sí solos. Concretamente, en el año 2018, 268 personas de 15 a 29 años se quitaron la vida en España por suicidio.

La conducta suicida es un concepto poliédrico que se refiere no solo al suicidio consumado, sino también a la ideación suicida, a la comunicación suicida y a la tentativa suicida. Es interesante analizar las tasas también en las diferentes manifestaciones pues se ha visto que, por ejemplo, la ideación suicida es un factor de riesgo de suicidio posterior (Castellvi-Obiols y Piqueras, 2018). En un meta-análisis (Lim et al., 2019) se encontró que en adolescentes la prevalencia vital y



anual de intento de suicidio fue del 6% (95% CI: 4,7-7,7%) y del 4,5% (95% CI: 3,4-5,9%), respectivamente. Por su parte, la prevalencia vital y anual de ideación suicida fue del 18% (95% CI: 14,2-22,7%) y del 14,2% (95% CI: 11,6-17,3%), respectivamente. En España la prevalencia vital de ideación suicida en población adolescente es en torno al 30%, mientras que la prevalencia de intentos de suicidio es aproximadamente del 4% (Bousoño et al., 2017; Carli et al., 2014; Fonseca-Pedrero et al., 2018). Haciendo referencia a las diferencias existentes en relación a la conducta suicida entre hombres y mujeres, los hombres muestran un mayor número de suicidios consumados respecto a las mujeres (ratio de 3:1), en cambio, las tentativas de suicidio sitúan a las mujeres en una ratio de 3:1 respecto a los hombres. En muestras de adolescentes y adultos jóvenes, las mujeres presentan mayor riesgo de intento de suicidio (OR 1,96; IC 95% 1,54-2,50), y los hombres de suicidio consumado (HR 2,50; IC 95% 1,8-3,6) (Miranda-Mendizabal et al., 2019). En general, la literatura previa indica que por cada persona que se suicida hay, aproximadamente, unas 20 tentativas de suicidio al año en el mundo.

MODELOS PSICOLÓGICOS DE CONDUCTA SUICIDA

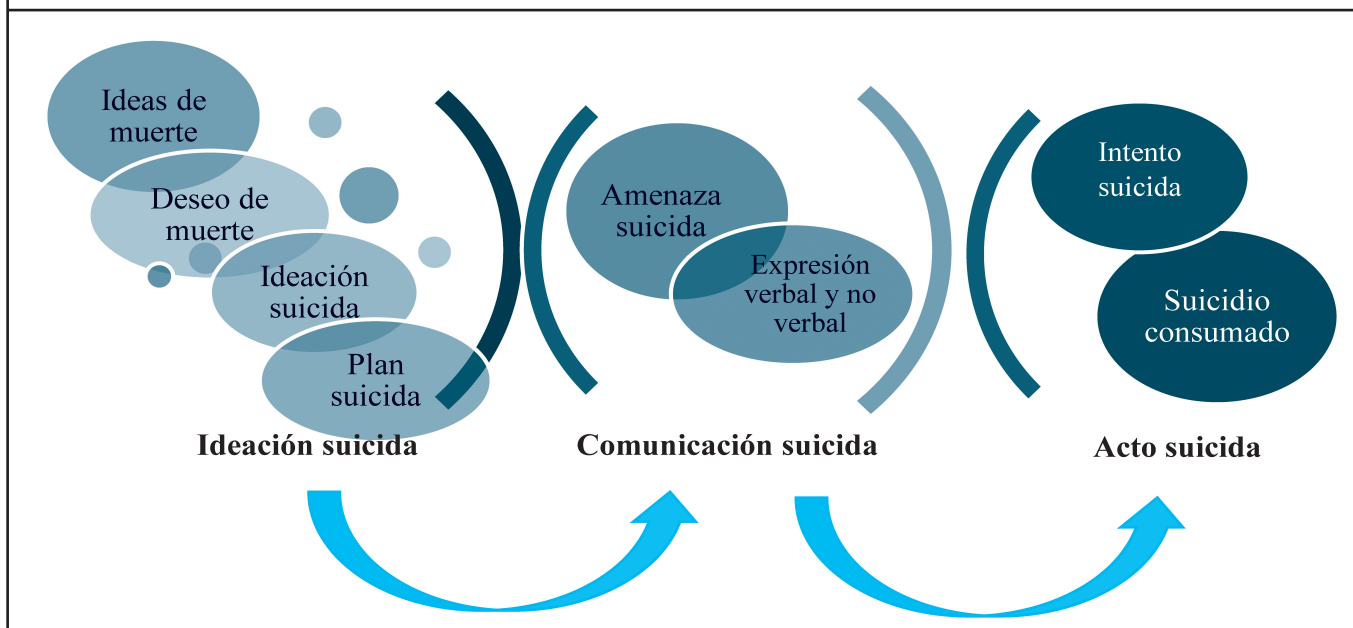
A lo largo de los años se han propuesto diversos modelos etiológicos para explicar el suicidio. Aquí no se pretende realizar una revisión exhaustiva por lo que remitimos al lector a excelentes trabajos previos (O'Connor y Nock, 2014; O'Connor y Pirkis, 2016). No cabe duda que analizar y comprender la conducta humana, en este caso el suicidio, es un asunto harto complejo. Una difícil empresa que cuenta

con innumerables vericuetos, donde muchas cuestiones siguen aún sin respuesta y permanecen en la penumbra. Posiblemente, en la compleja interacción dinámica que se establece entre los factores biológicos, psicológicos y sociales, experimentados (vivenciados) por una persona concreta con una biografía particular y unas circunstancias determinadas, esté la respuesta. Es sabido que la conducta humana por su enorme complejidad y diversidad, se ajusta mal a lo lineal, a lo estático y a lo unicausal, y reclama una perspectiva individual, propositiva, multidimensional, multifactorial, adaptativa, dinámica y contextual (Fonseca-Pedrero, 2018; Pérez-Álvarez, 2018). A este respecto, se desean hacer algunas puntualizaciones.

Primera, no se debe perder de vista que el saber psicológico mora en una banda epistemológica estrecha, con entidad propia, que hincra sus raíces en el hardware neurobiológico y expande sus ramas en el contexto sociocultural. Por eso, el estudio de la conducta humana camina con cautela, siempre amenazado por dos tiranías, por dos reduccionismos, el neurobiológico y el sociocultural.

Segunda, la conducta humana es multicausal, no monocausal. Nunca se podrá explicar una experiencia psicológica, como la conducta suicida, analizando un cambio neuroquímico a nivel cerebral (Pérez-Álvarez, 2018; Pérez-Álvarez, 2011). El fenómeno suicida está multideterminado, esto es, causado por múltiples factores. Por tanto, las explicaciones simplistas o unicasuales deben ser rechazadas. En esencia, para comprender la conducta humana, y concretamente en el caso que aquí nos ocupa, el profesional de la psicología tiene que poner más cabeza, y menos cerebro.

FIGURA 1
EXPRESIONES, SEGÚN SU NATURALEZA, DE LA CONDUCTA SUICIDA
(MODIFICADO DE ANSEÁN, 2014 Y FONSECA-PEDRERO ET AL., 2019)





Tercero, se asume que dos personas pueden desarrollar la misma conducta suicida mediante mecanismos etiológicos diferentes (denominado equifinalidad). Del mismo modo, los mismos mecanismos causales pueden dar lugar a diferentes tipos de conductas suicidas (denominado multifinalidad). La heterogeneidad en la explicación de la conducta suicida es la regla, no la excepción. De hecho, los mecanismos causales por los que una persona, en este caso un joven, realiza una tentativa suicida o acaba en suicidio consumado son, por el momento, escasamente comprendidos (Cha et al., 2018).

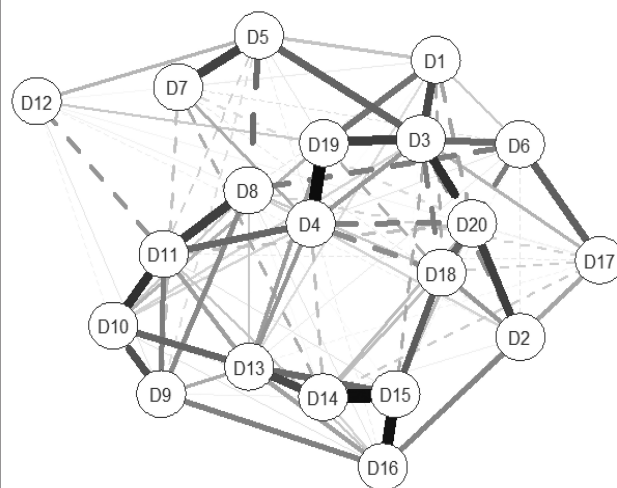
Cuarto, como se ha comentado, existen multitud de modelos etiológicos que pretenden dar buena cuenta de las posibles causas que subyacen a la conducta suicida. Dentro de esta área de estudio han tenido una gran aceptación el Modelo Integrado Motivacional/Volitivo (O'Connor, Platt, y Gordon, 2011) y la Teoría Interpersonal (Van Orden et al., 2010). No obstante, cada uno de ellos de forma explícita o implícita se fundamentan, en esencia, en el modelo clásico de vulnerabilidad-estrés.

Quinto, nuevas aproximaciones tratan de concebir la conducta suicida como un sistema complejo dinámico. Desde este punto de vista, los modelos de redes (Borsboom, 2017; Borsboom y Cramer, 2013), permiten entender estos fenómenos psicológicos como constelaciones dinámicas de estados mentales (o síntomas, signos, rasgos, experiencias, etc.) que se encuentran interrelacionados de forma causal, esto es, conectados a través de sistemas de relaciones causales. Este acercamiento se presenta como una forma novedosa y diferente a partir de la cual analizar y modelar los fenómenos psicológicos como, por ejemplo, el suicidio. Se aleja de la visión tradicional biomédica que considera los síntomas como manifestaciones de un trastorno subyacente o una causa latente común (Fonseca-Pedrero, 2017; 2018) (razonamiento tautológico que conduce, entre otros aspectos, a la reificación), siendo además congruente con los modelos más actuales de conducta suicida (O'Connor y Portzky, 2018). Desde el modelo de red se entiende que cada persona tiene su propia red que puede conducir o no a un determinado tipo de comportamiento suicida, en función de la propia interacción intra e inter-estados mentales, la carga de estrés ambiental (impactos ambientales, eventos diarios, etc.) y la predisposición existente (grado de resiliencia). En consecuencia, por ejemplo, los mismos niveles de rumiación y alteraciones del sueño, darían como resultado un acto suicida en una persona, mientras que podrían, en otra persona diferente, no derivar en tentativa suicida. En la Figura 2 se presenta un modelo de red de conducta suicida, salud mental y bienestar emocional en adolescentes. En esencia, este acercamiento permite una apreciación más detallada de la conducta suicida y, por lo tanto, podría contribuir de manera útil al refinamiento de los modelos explicativos existentes en este campo.

Sexta, la comprensión de la conducta suicida implica reconocer la existencia de factores de riesgo y de protección, así como factores precipitantes. En la literatura previa se han propuesto una amplia amalgama de factores de riesgo y pro-

tección (Castellvi-Obiols y Piqueras, 2018; Franklin et al., 2017; Hawton, Saunders, y O'Connor, 2012; O'Connor y Nock, 2014; O'Connor y Pirkis, 2016; Turecki y Brent, 2016). No obstante, el lector tiene que conocer que un reciente meta-análisis parece cuestionar la validez científica de muchas de estas taxonomías de factores de riesgo (Franklin et al., 2017). Según Franklin et al. (2017) la capacidad pronóstica y predictiva de los factores de riesgo de conducta e ideación suicida es muy limitada. Además, argumentan que, aunque es probable que las guías sean útiles de alguna manera, hay mucho margen de mejora, pues la mayoría de ellas son listas extensas de factores relativamente inespecíficos, que podrían estar presentes en cualquier otro tipo de persona de la población general o en cualquier individuo con un problema de salud mental. En otros trabajos de revisión (Castellví, Lucas-Romero, et al., 2017; Castellví, Miranda-Mendizábal, et al., 2017), se ha observado que en población juvenil los factores que se asociaban con mayor riesgo fueron por orden de relevancia (aquí solo se mencionan algunos de ellos): tener un trastorno afectivo previo, intento de suicidio previo, abandono escolar, tener un

FIGURA 2
EJEMPLO DE RED PSICOLÓGICA ESTIMADA DE SALUD MENTAL Y CONDUCTA SUICIDA EN UNA MUESTRA DE ADOLESCENTES



Nota. Por estilo de maquetación de la revista, se presenta la figura en blanco y negro. Los nodos (círculos) se corresponden con los test administrados (puntuación total) y/o las subescalas (o dimensiones). Las aristas (o líneas) es el grado de asociación entre nodos. Línea punteada relación negativa entre nodos. Línea continua (no punteada) relación positiva entre nodos. El grosor de la arista indica la fuerza de la asociación. El lector que desee tener la figura en color puede solicitar a los autores del trabajo.

D1= Conducta de suicidio; D2= Bienestar emocional; D3= Síntomas de depresión; D4= Problemas emocionales; D5= Problemas conducta; D6= Problemas compañeros; D7= Hiperactividad; D8= Conducta prosocial; D9= Toma perspectiva (empatía); D10= Fantasía (empatía); D11= Preocupación empática; D12= Malestar personal (empatía); D13= Atención emocional (inteligencia emocional); D14= Claridad emocional; (inteligencia emocional); D15= Reparación emocional (inteligencia emocional); D16= Reevaluación cognitiva (estrategia de regulación emocional); D17= Supresión (estrategia de regulación emocional); D18= Afecto positivo; D19= Afecto negativo; D20= Autoestima.



trastorno relacionado con el consumo de alcohol u otras sustancias, ideación suicida, absentismo escolar, tener un antecedente familiar de intento de suicidio previo, presencia de un trastorno de ansiedad y ser víctima de bullying. Todos y cada uno de ellos son factores de riesgo potencialmente modificables. Esto indica que con una correcta identificación e intervención se podrían reducir sustancialmente los casos de suicidio.

EVALUACIÓN DE LA CONDUCTA SUICIDA

La evaluación psicológica de la conducta suicida es nuclear de cara a la toma de decisiones. Sin una correcta evaluación difícilmente se podrá realizar un diagnóstico e intervención acertados. Una adecuada evaluación es fundamental, por lo tanto, para dar una atención de calidad a las personas y sus familias. La evaluación trata de identificar y detectar el riesgo suicida con la finalidad de implementar medidas de intervención eficaces (si así lo requiere el caso). Obviamente, una correcta evaluación reclama no sólo que el psicólogo tenga una adecuada formación (p.ej., competencias), sino que también disponga de instrumentos con adecuadas propiedades psicométricas, construidos y adaptados siguiendo los estándares internacionales, validados para un uso, población y contexto específico y que estén adecuadamente baremados (Hernández, Ponsoda, Muñiz, Prieto, y Elosua, 2016; Muñiz y Fonseca-Pedrero, 2019). En la literatura previa se pueden encontrar excelentes revisiones de los instrumentos disponibles en el mercado para la evaluación de la conducta suicida (Anseán, 2014; Batterham et al., 2015; Ministerio de Sanidad Política Social e Igualdad, 2011; O'Connor y Pirkis, 2016; Runeson et al., 2017).

Huelga decir que el proceso de evaluación se encuentra intrínsecamente unido a los modelos psicológicos de conducta suicida. La evaluación ha de ser holística y centrada en la persona, y tiene que recabar información de diversas fuentes (p.ej., objetivas y subjetivas), informantes (p.ej., persona, compañeros, familiares, profesores, etc.) y mediante diferentes métodos (p.ej., autoinformes, entrevistas). Se deberá tener en cuenta asimismo posibles factores de riesgo, de protección y precipitantes, así como del estado de salud mental (exploración psicopatológica) ya que son piezas fundamentales para guiar la posterior intervención. El profesional deberá realizar una evaluación de dichos factores seleccionando los instrumentos en función de las variables implicadas en cada caso (p. ej., acoso escolar, trastornos depresivos, consumo de sustancias, etc.). No se debe perder de vista que una adecuada evaluación es importante en las fases iniciales, pero lo es aún más, si cabe, en las fases de monitorización y seguimiento del caso. De acuerdo con el *Zero Model* es un proceso cíclico de evaluación, intervención y monitorización (Brodsky, Spruch-Feiner, y Stanley, 2018; Labouliere et al., 2018). Para profundizar en el proceso de evaluación, factores a considerar, forma de proceder, etc. remitimos al lector a la *Guía de*

Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida (Ministerio de Sanidad Política Social e Igualdad, 2011).

De entre los instrumentos existentes, puede ser de gran ayuda para el psicólogo la Escala Columbia para evaluar la gravedad de la ideación suicida (*Columbia-Suicide Severity Rating Scale*, C-SSRS) (Posner et al., 2011). La C-SSRS, que está disponible *online*¹, es una entrevista semiestructurada, bastante sencilla de aplicar, que recoge la aparición, la gravedad y la frecuencia de la conducta y los pensamientos relacionados con el suicidio durante el período de evaluación. Mide cuatro constructos: gravedad de la ideación, intensidad de la ideación, conducta suicida y letalidad de la conducta suicida. La evaluación de estos aspectos con esta entrevista supone una guía muy útil para los psicólogos con el objetivo de recabar información clave en la toma de decisiones sobre la pertinencia de la derivación de los casos a servicios de salud mental especializados, de realizar una exploración psicológica más exhaustiva y/o de establecer los objetivos de tratamiento en una intervención. La C-SSRS se encuentra validada al español (Al-Halabí et al., 2016). Los resultados psicométricos parecen indicar que es un instrumento adecuado para la evaluación y la supervisión de la conducta suicida en la práctica clínica e investigación. Bajo nuestro punto de vista, es también una herramienta de sumo interés para su uso en otros contextos como, por ejemplo, el ámbito educativo.

En suma, es de vital importancia realizar una evaluación comprensiva de la conducta suicida, entendiendo la función que cumple en el contexto particular de la persona, las barreras particulares de cada individuo para pasar al acto y los *trigger points* que la desencadenan.

ESCALA PAYKEL DE SUICIDIO

Adicionalmente, de entre todos los instrumentos existentes para la evaluación de la conducta suicida -o el riesgo suicida- cabe destacar la Escala Paykel de Suicidio. La PSS es una herramienta diseñada originalmente para la evaluación de las diferentes manifestaciones de la conducta suicida en población clínica (p.ej., pensamientos de muerte, ideación e intentos de suicidio). Consta de un total de cinco ítems con un sistema de respuesta dicotómico Sí/No (puntuación 1 y 0, respectivamente) (ver Tabla 1). A nivel teórico mayores puntuaciones indican mayor gravedad. El marco temporal se refiere al último año. La PSS ha sido validada en adolescentes españoles (Fonseca-Pedrero et al., 2018). Como se puede observar, tiene como ventaja su sencillez y brevedad, aspecto sumamente interesante si se considera las limitaciones de tiempo en los ámbitos aplicados. Básicamente, la PSS se pueden utilizar como instrumento de evaluación o como herramienta de cribado de conducta suicida en diferentes entornos de evaluación (p. ej., educativo, sanitario, social).

¹ <https://cssrs.columbia.edu/wp-content/uploads/C-SSRS-SinceLastVisit-US-Spanish-5.1-2.pdf>



La versión española de la Paykel ha sido analizada en dos muestras representativas de adolescentes de La Rioja, seleccionados mediante un muestreo estratificado por conglomerados. El muestreo se realizó en los años 2016 y 2019. Participaron en total 3.454 adolescentes, 46,3% hombres ($n=1.598$) y 53,4% ($n=1843$) mujeres, con edades comprendidas entre los 14 y 19 años ($M=15,91$ años, $DT=1,33$ años). Un total de 13 participantes (0,4%) se identificaron dentro de otra categoría de diversidad afectivo-sexual. En cada año de administración participaron más de 35 centros educativos y casi 100 aulas. En la primera muestra participaron 1.664 participantes ($M = 16,12$ años; $DT = 1,36$ años), siendo el 53% mujeres. En la segunda muestra participaron 1.790 estudiantes, ($M = 15,70$ años; $DT = 1,26$ años), siendo el 53,7% mujeres. Para garantizar la validez del proceso de repuesta, se eliminaron aquellos participantes que presentaban un patrón de respuesta azaroso o pseudoazaroso, utilizando la Escala Oviedo de Infrecuencia de Respuesta (Fonseca-Pedrero, Lemos-Giráldez, Paino, Villazón-García, y Muñiz, 2009).

Los resultados de prevalencia de conducta suicida para la muestra total y en función del género se recogen en la Tabla 2. Las mujeres mostraron puntuaciones medias significativamente más altas que los varones en la puntuación total de la Escala Paykel ($M_{hombre}=0,56$, $DT_{hombre}=1,10$; $M_{mujer}=0,86$, $DT_{mujer}=1,13$; $p<0,011$, $d=0,26$). El tamaño del efecto, según la

d de Cohen, fue pequeño. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la puntuación total de la PSS en función de los grupos de edad. En la Figura 3 se presenta la distribución de la puntuación total en la PSS para la muestra total. Como se puede observar, un 2,1% de la muestra puntuó cinco puntos en la PSS ($n= 72$ participantes) y un 5,3% presentó puntuaciones igual o superior a 4 puntos ($n= 183$ participantes).

Respecto a las propiedades psicométricas, los análisis factoriales exploratorios y confirmatorios arrojaron una estructura esencialmente unidimensional. Todas las cargas factoriales estimadas fueron superiores a 0,30. Utilizando el procedimiento SIBTEST con el paquete de *R difR*, el ítem 4 mostró funcionamiento diferencial (tipo uniforme) en función del género, aspecto que garantiza, en cierta medida, la equidad en el proceso de medición con esta escala. Las puntuaciones de la PSS mostraron adecuados niveles de fiabilidad. El valor de Omega para la muestra total fue de 0,82. La fiabilidad test-retest, con un intervalo de 3 meses, en la puntuación total de la PSS fue de 0,61 ($n= 386$ adolescentes, 51,1% mujeres; rango de edad= 13-19 años, $M= 14,03$ años; $DT= 0,57$ años). Todos los índices de discriminación fueron superiores a 0,30. La precisión de las puntuaciones se estimó desde la óptica de la Teoría de Respuesta al Ítem (Muñiz, 2018). En la Figura 4, se presenta la Función de Información del Test. Como se puede observar, el mayor grado de precisión a la hora de estimar la conducta suicida en esta

TABLA 1
ESCALA PAYKEL DE SUICIDIO

Por favor, ponga una cruz en la casilla que considere que se ajusta más lo que has sentido o experimentado durante el último año		
1. ¿Has sentido que la vida no merece la pena?	Sí	No
2. ¿Has deseado estar muerto? Por ejemplo, ir a dormir y desear no levantarse.	Sí	No
3. ¿Has pensado en quitarte la vida aunque realmente no lo fueras a hacer?	Sí	No
4. ¿Has llegado al punto en el que considerarías realmente quitarte la vida o hiciste planes sobre cómo lo harías?	Sí	No
5. ¿Alguna vez has intentado quitarte la vida?	Sí	No

FIGURA 3
DISTRIBUCIÓN DE LA PUNTUACIÓN TOTAL EN LA ESCALA PAYKEL PARA LA MUESTRA TOTAL DE ADOLESCENTES

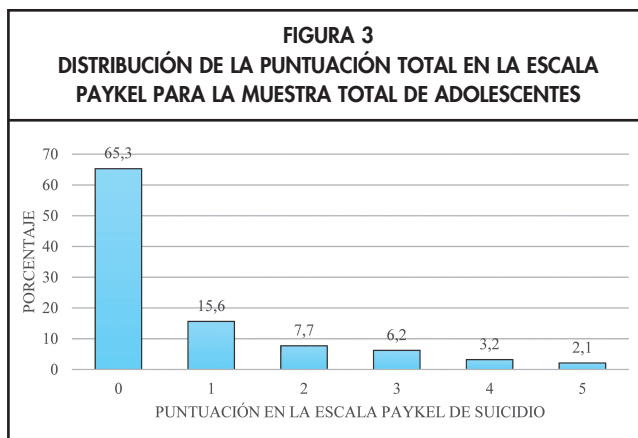


TABLA 2
PREVALENCIA (%) DE CONDUCTA SUICIDA EN LA MUESTRA TOTAL DE ADOLESCENTES

Ítem	Total	Hombres	Mujeres
1. ¿Has sentido que la vida no merece la pena?	26,7	21,7	30,9
2. ¿Has deseado estar muerto? Por ejemplo, ir a dormir y desear no levantarse.	18,7	13,1	23,4
3. ¿Has pensado en quitarte la vida aunque realmente no lo fueras a hacer?	17,8	14,6	20,3
4. ¿Has llegado al punto en el que considerarías realmente quitarte la vida o hiciste planes sobre cómo lo harías?	5,9	4,8	6,7
5. ¿Alguna vez has intentado quitarte la vida?	3,7	2,4	4,8



muestra fue para los valores que oscilaron entre 1 y 2 del rasgo latente. En este sentido para los valores extremos del rasgo latente (véase conducta suicida) los niveles de precisión fueron óptimos y, por lo tanto, se estima la puntuación con menor error de medición.

También se obtuvieron evidencias de validez de relación con variables externas. Para la evaluación de las dificultades emocionales y comportamentales se utilizó la versión autoinformada del Cuestionario de Capacidades y Dificultades (Goodman, 1997). Los síntomas depresivos se evaluaron a través de la Escala para la Evaluación de la Depresión en Adolescentes de Reynolds-Breve (Reynolds, 2002). Se utilizó asimismo el Índice de Bienestar Personal-versión escolar (Cummins y Lau, 2005), la Escala de Autoestima de Rosenberg (Rosenberg, 1965) y el Cuestionario MDS3 para valorar el sentido de pertenencia al centro (Bradshaw,

Waasdorp, Debnam, y Johnson, 2014). Finalmente, para la evaluación de las experiencias psicóticas atenuadas se utilizó el Cuestionario de Pródromos de Psicosis-Breve (Loewy, Pearson, Vinogradov, Bearden, y Cannon, 2011). Utilizando la segunda submuestra de participantes, las puntuaciones de la PSS se asociaron positivamente con síntomas de depresión, problemas emocionales y comportamentales y experiencias psicóticas atenuadas. Por su parte, las puntuaciones de la PSS correlacionaron de forma negativa con las escalas que valoraban autoestima, bienestar emocional, sentimiento de pertenencia al centro y comportamiento prosocial. Los resultados se presentan en la Tabla 3.

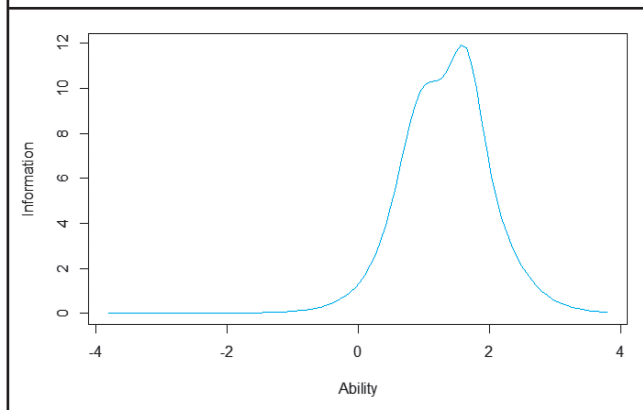
Para la elaboración de los baremos de la Escala Paykel se han tenido en cuenta las diferencias estadísticamente significativas encontradas en función del género. En la Tabla 4 se presentan la baremación en percentiles para la muestra total, así como para mujeres y hombres.

TABLA 3
CORRELACIÓN DE PEARSON ENTRE LA ESCALA PAYKEL Y OTROS INDICADORES PSICOMÉTRICOS EN LA SEGUNDA SUBMUESTRA DE ADOLESCENTES

	Paykel
Autoestima	-0,531**
Bienestar emocional	-0,527**
Comportamiento Prosocial	-0,109**
Sentimiento de Pertenencia al centro	-0,173**
Problemas emocionales	0,442**
Problemas conductuales	0,249**
Problemas con compañeros	0,387**
Hiperactividad	0,195**
Síntomas de depresión	0,643**
Experiencias psicóticas atenuadas	0,402**

**p<0,05

FIGURA 4
FUNCIÓN DE INFORMACIÓN DE LA ESCALA PAYKEL DE SUICIDIO PARA LA MUESTRA TOTAL DE ADOLESCENTES



RECAPITULACIÓN

La conducta suicida es un problema de salud pública tanto por su prevalencia como por las consecuencias personales, familiares, educativas y socio-sanitarias que conlleva. Para prevenir semejante problema es necesario informar, formar, sensibilizar y concienciar a los diferentes agentes de la sociedad (jóvenes, familias, docentes, periodistas, psicólogos, etc.). En particular, en el caso de la psicología, se hace necesario disponer de adecuadas herramientas de evaluación que permitan la toma de decisiones fundamentada que afectará, en último término, a la calidad de vida de las personas. Frente a esta situación, no existen en España muchas herramientas de medición que permitan la evaluación de la conducta suicida en adolescentes, y que se encuentren construidas (o adaptadas), validadas y baremadas siguiendo los estándares nacionales e internacionales propuestos por las comisiones de test.

TABLA 4
BAREMOS DE LA ESCALA PAYKEL DE SUICIDIO EN LA MUESTRA TOTAL DE ADOLESCENTES

Percentiles	Muestra total	Hombres	Mujeres
1	0	0	0
5	0	0	0
10	0	0	0
20	0	0	0
30	0	0	0
40	0	0	0
50	0	0	0
60	0	0	0
70	1	0	1
80	1	1	2
90	3	2	3
95	4	3	4
99	5	5	5



Es bien sabido que si el profesional de la psicología dispone de herramientas con adecuadas propiedades psicométricas (fiabilidad, evidencias de validez, baremación, etc.) actuará con mayor en las labores de evaluación, detección e identificación, diagnóstico, tratamiento y seguimiento, entre otros aspectos. Es transcendental también que el profesional de la psicología disponga de adecuadas herramientas de medición de cara a una mejor gestión de recursos educativos y socio-sanitarios. Por consiguiente, en el presente trabajo se ha presentado, tras una revisión conceptual, la Escala Paykel de Suicidio (Paykel et al., 1974) para su uso en adolescentes españoles.

La Escala Paykel parece ser un instrumento de medida breve, sencillo, útil y con adecuadas propiedades psicométricas para la valoración y/o el cribado de la conducta suicida en población adolescente. Su reducido número de ítems hace que sea una escala interesante para utilizar como *screening* en la población general o en circunstancias donde escasean los recursos temporales y/o materiales (p. ej., ámbito aplicado). La Escala Paykel se puede utilizar en combinación con otros instrumentos de medida, aspecto que permite recoger información de la conducta suicida, aunque este no sea el objetivo nuclear de la evaluación. Esta herramienta también puede ser empleada en la exploración psicopatológica general. No se debe perder de vista que los ítems de los test que miden conducta suicida suelen estar asociados a estigma y pueden generar cierto malestar en los jóvenes. Por esta razón, la brevedad y el contenido de los ítems hace también que la Escala Paykel sea un instrumento interesante. Esta herramienta asimismo se puede utilizar en contextos educativos, socio-sanitarios y/o sociales. Básicamente, trata de recoger información fiable y válida de las diferentes manifestaciones de la conducta suicida de cara a la toma de decisiones, tales como diseñar intervenciones psicológicas y/o educativas o detectar el riesgo suicida con la finalidad de realizar una evaluación psicológica más exhaustiva.

Los profesionales de la psicología y los diferentes agentes tienen la responsabilidad de prevenir el suicidio. En población juvenil, el papel de los que trabajan con este sector de la población es especialmente importante; no obstante, dicha responsabilidad está limitada por nuestros conocimientos, competencias y herramientas. Aprender a evaluar la conducta suicida supone, entre otros aspectos, conocer el fenómeno suicida, los factores de riesgo y protección, las posibles causas, las señales de alarma, así como estar preparados para iniciar una valoración o el tratamiento y conocer las vías para su derivación en caso necesario. La psicología dispone de medidas de intervención y recursos eficaces para su prevención, si bien hay que seguir trabajando. La respuesta debe ser integral, inclusiva, accesible, holística, multicomponente y multidisciplinar y, sobre todo, basada en la persona y su biografía.

Se debe poner atención y dar respuesta a este problema prevenible. La implicación de todos los agentes de la sociedad es esencial. La psicología no puede estar ajena a esta realidad, tiene que asumir su papel prioritario en esta responsabilidad.

AGRADECIMIENTOS

Los autores quieren expresar su sincero agradecimiento a la profesora Susana Al-Halabí por los excelentes comentarios realizados a una versión preliminar de este trabajo.

Esta investigación ha sido financiada por las «Ayudas Fundación BBVA a Equipos de Investigación Científica 2017» y cofinanciado con fondos FEDER en el PO FEDER de La Rioja 2014-2020 (SRS 6FRSABC026).

CONFLICTO DE INTERESES

No existe conflicto de intereses.

REFERENCIAS

- Al-Halabí, S., Sáiz, P. A., Burón, P., Garrido, M., Benabarre, A., Jiménez, E., ... 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, 134-142. <https://doi.org/10.1016/j.rpsm.2016.02.002>
- Anseán, A. (2014). *Suicidios: manual de prevención, intervención y postvención de la conducta suicida*. Madrid: Fundación Salud Mental.
- Batterham, P. J., Ftanou, M., Pirkis, J., Brewer, J. L., MacKinnon, A. J., Beautrais, A., ... Christensen, H. (2015). A systematic review and evaluation of measures for suicidal ideation and behaviors in population-based research. *Psychological Assessment*, 27, 501-512. <https://doi.org/10.1037/pas0000053>
- Borsboom, D. (2017). A network theory of mental disorders. *World Psychiatry*, 16, 5-13. doi: 10.1002/wps.20375.
- Borsboom, D., y Cramer, A. O. (2013). Network analysis: an integrative approach to the structure of psychopathology. *Annual Review of Clinical Psychology*, 9, 91-121. doi: 10.1146/annurev-clinpsy-050212-185608.
- Bousoño, M., Al-Halabí, S., Burón, P., Garrido, M., Díaz-mesa, M., Galván, G., ... Bobes, J. (2017). Uso y abuso de sustancias psicotrópicas e internet, psicopatología e ideación suicida en adolescentes Substance use or abuse, internet use, psychopathology and suicidal ideation in adolescents? *Adicciones*, 29, 97-104. <https://doi.org/10.20882/adicciones.811>
- Bradshaw, C. P., Waasdorp, T. E., Debnam, K. J., y Johnson, S. L. (2014). Measuring school climate in high schools: A focus on safety, engagement, and the environment. *Journal of School Health*, 84(9), 593-604. <https://doi.org/10.1111/josh.12186>
- Brodsky, B. S., Spruch-Feiner, A., y Stanley, B. (2018). The zero suicide model: Applying evidence-based suicide prevention practices to clinical care. *Frontiers in Psychiatry*. 9:33. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2018.00033>
- Carli, V., Hoven, C. W., Wasserman, C., Chiesa, F., Guffanti, G., Sarchiapone, M., ... Wasserman, D. (2014). A newly identified group of adolescents at "invisible" risk for psychopathology and suicidal behavior: findings from the SEYLE study. *World Psychiatry*, 13, 78-86. doi: 10.1002/wps.20088.



- Castellví-Obiols, P., y Piqueras, J. A. (2018). El suicidio en la adolescencia: un problema de salud pública que se puede y debe prevenir. *Revista de Estudios de Juventud*, 121, 45-59.
- Castellví, P., Lucas-Romero, E., Miranda-Mendizábal, A., Parés-Badell, O., Almenara, J., Alonso, I., ... Alonso, J. (2017). Longitudinal association between self-injurious thoughts and behaviors and suicidal behavior in adolescents and young adults: A systematic review with meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 215, 37-48. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2017.03.035>
- Castellví, P., Miranda-Mendizábal, A., Parés-Badell, O., Almenara, J., Alonso, I., Blasco, M. J., ... Alonso, J. (2017). Exposure to violence, a risk for suicide in youths and young adults. A meta-analysis of longitudinal studies. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 135, 195-211. <https://doi.org/10.1111/acps.12679>
- Catalá-López, F., Gènova-Maleras, R., Álvarez-Martín, E., de Larrea-Baz, N. F., y Morant-Ginestar, C. (2013). Carga de enfermedad en adolescentes y jóvenes en España. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 6, 80-85. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.1016/j.rpsm.2012.07.002>
- Cha, C. B., Franz, P. J., M. Guzmán, E., Glenn, C. R., Kleiman, E. M., y Nock, M. K. (2018). Annual Research Review: Suicide among youth – epidemiology, (potential) etiology, and treatment. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 59, 460-482. doi: 10.1111/jcpp.12831.
- Cummins, R. A., y Lau, A. L. D. (2005). *Personal Well-being Index – School Children* (3rd Edition).
- Fonseca-Pedrero, E. (2017). Análisis de redes: ¿una nueva forma de comprender la psicopatología? *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 10(4), 206-215. <https://doi.org/10.1016/j.rpsm.2017.06.004>
- Fonseca-Pedrero, E. (2018). Análisis de redes en psicología. *Papeles del Psicólogo*, 39, 1-12.
- Fonseca-Pedrero, E., y Díez, A. (2018). Conducta suicida y juventud: pautas de prevención para familias y centros educativos. *INJUVE*, 120, 35-46.
- Fonseca-Pedrero, E., Díez, A., Pérez, A., Inchausti, F., Enesco, A., y Pérez, M. (2019). Prevención del suicidio en los centros educativos. En B. Lucas-Molina y M. Jiménez-Dasi (Eds.), *Promoción de la salud a través de programas de intervención en contexto educativo* (pp. 157-184). Madrid: Pirámide.
- Fonseca-Pedrero, E., Inchausti, F., Pérez, L., Aritio, A., Ortuño-Sierra, J., Sánchez-García, A., ... Pérez de Albéniz, A. (2018). Ideación suicida en una muestra representativa de adolescentes españoles. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 11, 76-85. doi: 10.1016/j.rpsm.2017.07.004.
- Fonseca-Pedrero, E., Lemos-Giráldez, S., Paino, M., Villazón-García, U., y Muñiz, J. (2009). Validation of the Schizotypal Personality Questionnaire Brief form in adolescents. *Schizophrenia Research*, 111, 53-60.
- Franklin, J. C., Ribeiro, J. D., Fox, K. R., Bentley, K. H., Kleiman, E. M., Huang, X., ... Nock, M. K. (2017). Risk factors for suicidal thoughts and behaviors: A meta-analysis of 50 years of research. *Psychological Bulletin*, 143(2), 187-232. <https://doi.org/10.1037/bul0000084>
- Goodfellow, B., Kölves, K., y de Leo, D. (2018). Contemporary Nomenclatures of Suicidal Behaviors: A Systematic Literature Review. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 48(3), 353-366. <https://doi.org/10.1111/sltb.12354>
- Goodman, R. (1997). The strengths and difficulties questionnaire: a research note. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 38, 581-586.
- Gore, F. M., Bloem, P. J., Patton, G. C., Ferguson, J., Joseph, V., Coffey, C., ... Mathers, C. D. (2011). Global burden of disease in young people aged 10-24 years: a systematic analysis. *Lancet*, 18(377), 2093-2102. doi: 10.1016/S0140-6736(11)60512-6.
- Hawton, K., Saunders, K. E. A., y O'Connor, R. C. (2012). Self-harm and suicide in adolescents. *Lancet*, 379(9834), 2373-82. doi: 10.1016/S0140-6736(12)60322-5.
- Hernández, A., Ponsoda, V., Muñiz, J., Prieto, G., y Elosua, P. (2016). Revisión del modelo para evaluar la calidad de los tests utilizados en España. *Papeles del Psicólogo*, 37, 192-197.
- Labouliere, C. D., Vasan, P., Kramer, A., Brown, G., Green, K., Kammer, J., ... Stanley, B. (2018). «Zero Suicide» – A model for reducing suicide in United States behavioral healthcare. *Suicidologi*, 23, 22-30. <https://doi.org/10.5617/suicidologi.6198>
- Lim, K., Wong, C., McIntyre, R., Wang, J., Zhang, Z., Tran, B., ... Ho, R. (2019). Global Lifetime and 12-Month Prevalence of Suicidal Behavior, Deliberate Self-Harm and Non-Suicidal Self-Injury in Children and Adolescents between 1989 and 2018: A Meta-Analysis. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16,, doi: 10.3390/ijerph16224581.
- Loewy, R. L., Pearson, R., Vinogradov, S., Bearden, C. E., y Cannon, T. D. (2011). Psychosis risk screening with the Prodromal Questionnaire—brief version (PQ-B). *Schizophrenia Research*, 129, 42-46. doi: 10.1016/j.schres.2011.03.029.
- Ministerio de Sanidad Política Social e Igualdad, A. (2011). *Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida. I. Evaluación y Tratamiento*. Madrid: autor.
- Miranda-Mendizábal, A., Castellví, P., Parés-Badell, O., Alayo, I., Almenara, J., Alonso, I., ... Alonso, J. (2019). Gender differences in suicidal behavior in adolescents and young adults: systematic review and meta-analysis of longitudinal studies. *International Journal of Public Health*, 64, 265-283. <https://doi.org/10.1007/s00038-018-1196-1>
- Muñiz, J. (2018). *Introducción a la psicometría*. Madrid: Pirámide.
- Muñiz, J., y Fonseca-Pedrero, E. (2019). Diez pasos para la construcción de un test. *Psicothema*, 31, 7-16. doi: 10.7334/psicothema2018.291



- Muñiz, J., Hernández, A., y Fernández-Hermida, J. R. (2020). Utilización de los test en España: el punto de vista de los psicólogos. *Papeles del Psicólogo*.
- Murray, C. J. L., Vos, T., Lozano, R., Naghavi, M., Flaxman, A. D., Michaud, C., ... Lopez, A. D. (2012). Disability-adjusted life years (DALYs) for 291 diseases and injuries in 21 regions, 1990-2010: A systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet*, 380(9859), 2197-223. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)61689-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(12)61689-4)
- O'Connor, R. C., y Nock, M. K. (2014). The psychology of suicidal behaviour. *The Lancet Psychiatry*, 1, 73-85. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(14\)70222-6](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(14)70222-6)
- O'Connor, R. C., Platt, S., y Gordon, J. (2011). *International Handbook of Suicide Prevention Research, Policy and Practice*. UK: John Wiley y Sons, Ltd.
- O'Connor, R. C., y Portzky, G. (2018). Looking to the future: A synthesis of new developments and challenges in suicide research and prevention. *Frontiers in Psychology*, 9. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.02139>
- O'Connor, R., y Pirkis, J. (2016). *The International Handbook of Suicide Prevention (Second edition)*. Hoboken: Wiley.
- OMS (2014). Prevención del suicidio, un imperativo global: Epidemiología mundial del suicidio y de los intentos de suicidio. Ginebra: Autor.
- Paykel, E. S., Myers, J. K., Lindenthal, J. J., y Tanner, J. (1974). Suicidal feelings in the general population: A prevalence study. *The British Journal of Psychiatry*, 214, 460-469.
- Pérez-Álvarez, M. (2018). Para pensar la psicología más allá de la mente y el cerebro: un enfoque transteórico. *Papeles del Psicólogo*, 39, 161-173.
- Pérez-Álvarez, M. (2011). *El mito del cerebro creador. Cuerpo, conducta y cultura*. Madrid: Alianza Editorial.
- Posner, K., Brown, G. K., Stanley, B., Brent, D. A., Yershova, K. V., Oquendo, M. A., ... 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, 1266-1277. doi: 10.1176/appi.ajp.2011.10111704.
- Reynolds, W. M. (2002). *Reynolds Adolescent Depression Scale – 2nd Edition. Professional manual*. Odessa: Psychological Assessment Resources, Inc.
- Rosenberg, M. (1965). *Society and adolescent self-image*. Princeton: University press.
- Runeson, B., Odeberg, J., Pettersson, A., Edbom, T., Jildevik Adamsson, I., y Waern, M. (2017). Instruments for the assessment of suicide risk: A systematic review evaluating the certainty of the evidence. *PLoS One*, 12(7):e0180292. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0180292>
- Turecki, G., y Brent, D. A. (2016). Suicide and suicidal behaviour. *The Lancet*, 387(10024), 1227-39. doi: 10.1016/S0140-6736(15)00234-2
- Van Orden, K. A., Witte, T. K., Cukrowicz, K. C., Braithwaite, S. R., Selby, E. A., y Joiner, T. E. (2010). The Interpersonal Theory of Suicide. *Psychological Review*, 117, 575-600. doi: 10.1037/a0018697
- Xifró, A., Suelves, J. M., Martín-Fumadó, C., y Gómez-Durán, E. L. (2015). Suicides and forensic pathology sources in Spain. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 8, 46-47. <https://doi.org/10.1016/j.rpsmen.2015.03.006>
- Zalsman, G., Hawton, K., Wasserman, D., van Heeringen, K., Arensman, E., Sarchiapone, M., ... Zohar, J. (2016). Suicide prevention strategies revisited: 10-year systematic review. *The Lancet Psychiatry*, 3, 646-659. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(16\)30030-X](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(16)30030-X)

