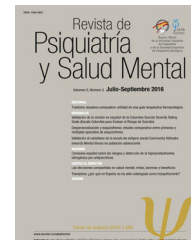




Revista de Psiquiatría y Salud Mental

www.elsevier.es/saludmental



ORIGINAL

Ideación suicida en una muestra representativa de adolescentes españoles



Eduardo Fonseca-Pedrero^{a,b,*}, Félix Inchausti^c, Laura Pérez-Gutiérrez^a, Rebeca Aritio Solana^a, Javier Ortuño-Sierra^a, M.^a Ángeles Sánchez-García^d, Beatriz Lucas-Molina^e, César Domínguez^f, David Foncea^a, Virginia Espinosa^a, Ana Gorriá^g, Elena Urbiola-Merina^h, Marta Fernández^g, Carmen Merina Díaz^g, Carmen Gutiérrez^g, Marta Aures^g, María S. Campos^g, Elena Domínguez-Garridoⁱ y Alicia Pérez de Albéniz Iturriaga^a

^a Departamento de Ciencias de la Educación, Universidad de La Rioja, Logroño, España

^b Centro de Investigación Biomédica en Red de Salud Mental (CIBERSAM), Oviedo, España

^c Centro de Salud Mental Ermitagaña, Complejo Hospitalario de Navarra, Pamplona, España

^d Consejería de Educación, Gobierno de la Rioja, Logroño, España

^e Departamento de Psicología, Universidad de Valencia, Valencia, España

^f Departamento de Matemáticas y Computación, Universidad de La Rioja, Logroño, España

^g Consejería de Salud, Gobierno de La Rioja, Logroño, España

^h Servicio de Psiquiatría, Complejo Hospitalario San Juan de Dios, Madrid, España

ⁱ Fundación Rioja Salud, Logroño, España

Recibido el 13 de junio de 2017; aceptado el 26 de julio de 2017

Disponibile en Internet el 6 de noviembre de 2017

PALABRAS CLAVE

Prevalencia;
Suicidio;
Ideación suicida;
Adolescencia;
Validación

Resumen

Introducción: El suicidio es un problema sociosanitario de primer orden. El propósito de este estudio fue analizar la ideación suicida en una muestra representativa de adolescentes españoles. Concretamente, se examinó las tasas de prevalencia, se validó la Escala Paykel de Ideación Suicida (*Paykel Suicide Scale*, PSS) y se analizó el ajuste socioemocional de aquellos adolescentes con ideación suicida.

Material y métodos: La muestra la formaron 1.664 participantes ($M = 16,12$ años; $DT = 1,36$; rango 14-19 años) seleccionados mediante muestreo estratificado por conglomerados. Los instrumentos empleados fueron la PSS, el *Strengths and Difficulties Questionnaire*, el *Personal Wellbeing Index-School Children* y la Escala Oviedo de Infrecuencia de Respuesta.

Resultados: El 4,1% de la muestra informó haber intentado quitarse la vida en el último año. Se encontraron diferencias estadísticamente significativas en las puntuaciones medias de la PSS en función del género pero no en función de la edad. El modelo unidimensional de la PSS presentó excelentes índices de bondad de ajuste y se mostró invariante en función del

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: eduardo.fonseca@unirioja.es (E. Fonseca-Pedrero).

género. La fiabilidad de las puntuaciones de la PSS, estimada con el alfa ordinal, fue de 0,93. Los participantes con ideación suicida informaron de un peor estado de salud mental y menor satisfacción con la vida respecto al grupo de comparación.

Conclusiones: La ideación suicida se encuentra presente en población adolescente y se asocia a un peor bienestar emocional subjetivo y a mayores problemas emocionales y comportamentales. La PSS parece mostrar un adecuado comportamiento psicométrico para evaluar la ideación suicida en adolescentes. Estos resultados tienen claras implicaciones, tanto a nivel sanitario como educativo, de cara a mejorar la promoción del bienestar emocional y la prevención de los problemas psicológicos y psiquiátricos en este sector de la población.

© 2017 SEP y SEPB. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

KEYWORDS

Prevalence;
Suicide;
Suicidal ideation;
Adolescence;
Validation

Suicidal ideation in a community-derived sample of Spanish adolescents

Abstract

Introduction: Suicide is a current public health problem and among the main causes of mortality in adolescents and young adults. The main goal of this study was to analyse suicidal ideation in a representative sample of Spanish adolescents. Specifically, the prevalence rates of suicide ideation, the psychometric properties of the Paykel Suicide Scale (PSS) scores, and the socio-emotional adjustment of adolescents at risk for suicide were analysed.

Material and methods: The sample consisted of 1,664 participants ($M = 16.12$ years, $SD = 1.36$, range 14-19 years), selected by stratified sampling by clusters. The instruments used were the PSS, the Strengths and Difficulties Questionnaire, the Personal Wellbeing Index-School Children, and the Oviedo Infrequency Scale.

Results: The results showed that 4.1% of the sample indicated that they had tried to commit suicide in the previous year. Statistically significant differences were found according to gender but not according to age in the PSS mean scores. The analysis of the internal structure of the PSS showed that the one-dimensional model presented excellent goodness of fit indexes. This model showed measurement invariance across gender. The reliability of the scores, estimated with ordinal alpha, was 0.93. Participants who reported suicide ideation showed poorer mental health status and lower life satisfaction compared to the non-suicide ideation group.

Conclusions: Suicidal ideation is present during adolescence and is associated with poor subjective well-being and increased emotional and behavioural problems. PSS seems to show adequate psychometric behaviour to assess suicidal ideation in adolescents. These findings have clear implications, both in health and education systems, to improve the promotion of emotional well-being and prevention of psychological and psychiatric problems in this sector of the population.

© 2017 SEP y SEPB. Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

Los trastornos mentales se encuentran entre las primeras causas de discapacidad asociada y de carga de enfermedad en el grupo de edad de 10 a 24 años¹. Dentro de este conjunto de problemas, por su impacto, gravedad y coste sociosanitario asociado, destaca el suicidio. El suicidio es una de las causas principales de años de vida perdidos por muerte prematura^{2,3}, siendo la segunda causa de muerte entre personas adolescentes y jóvenes adultos de entre 15 y 29 años⁴. La tasa mundial de suicidio en el año 2012 fue de 11,4 por 100.000 habitantes. En este año en concreto, en España, la tasa estandarizada de suicidios fue de 8,1 por cada 100.000 habitantes. En el periodo 2000-2012 fallecieron por suicidio en España 42.905 personas mayores de 15 años. La tasa media anual de incidencia durante el periodo fue de 95 suicidios/millón de habitantes. El sur y el noroeste de España acumularon las mayores tasas de mortalidad por suicidio⁵. Según el Instituto Nacional de Estadística⁶, en el año 2013, 310 niños y jóvenes menores

de 30 años se quitaron la vida, dato que supone un 7,77% del total de víctimas del suicidio. En ese mismo año, las tasas de suicidio en la población joven (edad de los 15-19 años) fueron de 2,65 por cada 100.000 habitantes⁷.

El impacto de esta problemática no se reduce únicamente a las tasas de suicidio consumado, sino también a la ideación suicida o a las tentativas de suicidio previas. La ideación suicida y las tentativas previas son precedentes frecuentes del suicidio consumado. Por ejemplo, Gabilondo et al.⁸ encontraron que la probabilidad de realizar un intento entre aquellos que presentaban ideación suicida (habían elaborado un plan suicida) fue claramente superior (73%) a la de quienes no tenían plan (14,4%). La prevalencia vital de ideación suicida en España es del 4,4-7,8%, mientras que para los intentos de suicidio es del 1,5-1,8%^{8,9}. En población adolescente, los resultados varían ligeramente respecto a los encontrados en población adulta¹⁰⁻¹⁵. Por ejemplo, en un estudio multicéntrico realizado en diferentes países europeos con

la Escala Paykel de Ideación Suicida (*Paykel Suicide Scale*, PSS)¹⁶ se encontró una prevalencia de ideación suicida en adolescentes del 32,3%, mientras que la prevalencia de intentos de suicidio fue del 4,2%¹⁰. En España, utilizando la PSS en una muestra representativa de adolescentes, se encontró que la prevalencia de ideación suicida era del 7,4%¹¹. La heterogeneidad encontrada en las tasas tal vez se deba, entre otros aspectos, al instrumento de medida y criterio estadístico utilizado para definir la ideación suicida.

La conducta e ideación suicida parecen variar en función de variables sociodemográficas como son el género y la edad^{8,10,17}. En concreto, los hombres muestran un mayor número de conductas suicidas consumadas que las mujeres (una ratio de 3:1 en países desarrollados). A nivel mundial, 15 por cada 100.000 hombres y 8 por cada 100.000 mujeres³. No obstante, la ratio de tentativa de suicidios es de 1:3 a favor de las mujeres. Además, las mujeres suelen mostrar una mayor ideación suicida⁸. En referencia a la edad, tanto los grupos de mayor edad como los grupos de jóvenes muestran unas tasas más elevadas de suicidio consumado³. En ideas o planes de suicidio se encuentra una disminución progresiva a medida que aumenta la edad⁸. En muestras de adolescentes, tanto la ideación como la tentativa suicida parecen ser mayores en chicas que en chicos y aumentar a medida que se hacen mayores¹⁰.

La reducción de estas tasas de prevalencia y de los costos asociados pasa, entre otros aspectos, por diseñar e implementar estrategias de promoción y prevención (p. ej., universal, selectiva e indicada) de la salud mental¹⁸. Para una adecuada estrategia de prevención es necesario llevar a cabo, por un lado, una correcta detección e identificación, por lo que es preciso disponer de herramientas que permitan una evaluación fiable y válida de la ideación y la conducta suicida; y por otro, tratamientos eficaces empíricamente validados. En la literatura previa se pueden encontrar numerosas herramientas de evaluación del comportamiento suicida y constructos relacionados¹⁹⁻²². En concreto, la evaluación del riesgo suicida no es una tarea sencilla, ya que se encuentran involucrados numerosos factores (p. ej., tests utilizados, etiología multifactorial, etc.). Entre el amplio abanico de instrumentos existentes, tal vez, destaca por su brevedad la PSS¹⁶. Esta escala fue diseñada para la evaluación de comportamientos de ideación suicida, si bien valora pensamientos de muerte, ideación suicida y tentativas previas. Consta de un total de 5 ítems con un sistema de respuesta dicotómico Sí/No. Es una herramienta que se ha utilizado en estudios de pacientes²³ así como en estudios internacionales donde participan adolescentes españoles (proyecto SELYE)^{10,11}; no obstante, por el momento, se desconocen sus propiedades psicométricas en España.

La evidencia científica pone de manifiesto que la conducta suicida se relaciona con problemáticas de salud mental entre adolescentes como los episodios depresivos, las experiencias psicóticas atenuadas, el consumo y abuso de sustancias y el acoso escolar, por citar algunas^{11,24-28}. En este sentido, aquellos adolescentes considerados de riesgo, en base a sus planes de suicidio o tentativas previas, presentan una elevada tasa de síntomas y trastornos comórbidos tanto psicológicos como físicos. Por ende, también resulta necesario analizar el estado de salud mental de los más jóvenes de cara a implementar una detección precoz y una intervención temprana en aquellos individuos de riesgo. La finalidad

última es desarrollar competencias que permitan reducir y/o evitar la ideación suicida y el suicidio consumado con los consecuentes efectos positivos a nivel personal, familiar y sociosanitario.

Hasta el momento se han llevado a cabo pocos estudios empíricos que traten de analizar y comprender la ideación suicida en muestras representativas de adolescentes españoles. Además, no se dispone de información sobre las propiedades psicométricas de la PSS en España. Existe también una laguna de conocimiento sobre cuál es el estado de salud mental y bienestar emocional de aquellos jóvenes que refieren ideación suicida y/o tentativa de suicidio previa. Dentro de este contexto de investigación, el objetivo general fue estudiar la ideación suicida en una muestra representativa de adolescentes no clínicos españoles. Los objetivos específicos fueron: a) examinar la prevalencia de ideación suicida y su relación con el género y la edad; b) analizar las propiedades psicométricas de la PSS; y c) estudiar las dificultades emocionales y del comportamiento y bienestar emocional en aquellos participantes que informan de ideación suicida y/o tentativa de suicidio previa.

Método

Participantes

Con la finalidad de garantizar la representatividad de la muestra, se realizó un muestreo aleatorio estratificado, por conglomerados, a nivel de aula, en una población aproximada de quince mil estudiantes pertenecientes a la Comunidad Autónoma de La Rioja. Los estratos se crearon en función del centro escolar (público/privado-concertado) y la etapa escolar (ESO, Bachillerato y Formación Profesional), donde la probabilidad de extracción del aula del centro escolar venía determinada en función del número de alumnos.

La muestra inicial estuvo compuesta por 1.881 alumnos, eliminándose aquellos participantes que presentaban una puntuación elevada en la Escala Oviedo de Infrecuencia de Respuesta (más de 3 puntos) ($n = 104$) o una edad mayor de 19 años ($n = 170$). De este modo, un total de 1.664 estudiantes, 782 varones (47%) y 882 (53%) mujeres, pertenecientes a 34 centros escolares y 98 aulas participaron en el estudio. La media de edad fue de 16,12 años ($DT = 1,36$), oscilando el rango de edad entre los 14 y los 19 años. Debido al reducido número de participantes de 19 años, se decidió combinar con el grupo de 18 años. La distribución de la muestra total en función del género y edad se recoge en la [tabla 1](#).

La distribución de la nacionalidad de los participantes fue la siguiente: el 89,9% española, el 3,7% latinoamericana (Bolivia, Argentina, Colombia y Ecuador), el 0,7% portuguesa, el 2,4% rumana, el 1% marroquí, el 0,7% pakistaní y el 2% de otras nacionalidades.

Instrumentos

Escala Paykel de Ideación Suicida (*Paykel Suicide Scale*)¹⁶

Es una herramienta diseñada para la evaluación de ideación suicida. Concretamente valora pensamientos de muerte (ítems 1 y 2), ideación (ítems 3 y 4) e intentos de suicidio

Tabla 1 Distribución de la muestra en función del género y edad

	Años	Género		Total
		Hombre	Mujer	
Edad	14	91	133	224
	15	178	184	362
	16	197	212	409
	17	190	211	401
	18-19	126	142	268
Total		782	882	1664

Tabla 2 Porcentaje de alumnos que respondieron de forma afirmativa a los ítems de la Escala Paykel de Ideación Suicida en la muestra total y en función del género

Ítems	%		
	Total	Hombres	Mujeres
1. ¿Has sentido que la vida no merece la pena?	31,2	26,1	35,7
2. ¿Has deseado estar muerto? Por ejemplo, ir a dormir y desear no levantarte	23,6	17,9	28,7
3. ¿Has pensado en quitarte la vida aunque realmente no lo fueras a hacer?	21,7	18	24,7
4. ¿Has llegado al punto en el que considerarías realmente quitarte la vida o hiciste planes sobre cómo lo harías?	8,1	6,5	8,5
5. ¿Alguna vez has intentado quitarte la vida?	4,1	3,2	4,9

(ítem 5). Aunque como su propio nombre indica esta herramienta valora la ideación suicida, lo cierto es que algunos de sus ítems hacen preguntas sobre comportamientos suicidas (p. ej., ítem 5). Consta de un total de 5 ítems con un sistema de respuesta dicotómico, Sí/No (puntuación 1 y 0, respectivamente). Las puntuaciones oscilan entre 0 y 5. El marco temporal al que se refieren las preguntas es al último año. A mayores puntuaciones mayor frecuencia y gravedad de ideación suicida. Los ítems de la PSS se presentan en la [tabla 2](#).

Cuestionario de Capacidades y Dificultades (*Strengths and Difficulties Questionnaire*) versión autoinformada²⁹

El Cuestionario de Capacidades y Dificultades (*Strengths and Difficulties Questionnaire*, SDQ) es un instrumento de medida utilizado para la evaluación de dificultades conductuales y emocionales así como para la valoración de capacidades en el ámbito social³⁰. Ha sido utilizado como herramienta de cribado y análisis epidemiológico del estado de salud mental en población infantojuvenil^{31,32}.

El SDQ se compone de 25 ítems con un formato de respuesta *Likert* de 3 opciones: 0 (*No, nunca*), 1 (*A veces*) y 2 (*Sí, siempre*). Los ítems se agrupan en 5 subescalas (con 5 ítems cada una): Dificultades emocionales, Problemas de conducta, Dificultades de hiperactividad, Problemas con compañeros y Conducta prosocial. Las primeras 4 subescalas forman una puntuación Total de dificultades. A mayor puntuación, mayor nivel de dificultades emocionales y comportamentales, excepto para la subescala de Conducta

prosocial, donde una menor puntuación se corresponde con un peor ajuste en el comportamiento.

Las propiedades métricas del SDQ han sido analizadas en estudios previos tanto internacionales como nacionales^{33,34}. En el presente trabajo, la fiabilidad de las puntuaciones estimada con el coeficiente alfa de Cronbach para la puntuación Total de dificultades fue de 0,75.

Índice de Bienestar Personal-versión escolar (*Personal Wellbeing Index-School Children*)^{35,36}

EL Índice de Bienestar Personal-versión escolar (*Personal Wellbeing Index-School Children*, PWI-SC) fue desarrollado para evaluar el bienestar subjetivo en niños y adolescentes en edad escolar^{35,36}. Los autores del PWI-SC conciben el bienestar emocional básicamente como una evaluación cognitiva de la calidad de las propias experiencias. El bienestar emocional subjetivo podría ser considerado como un indicador indirecto de calidad de vida.

El PWI-SC se compone de un total de 8 ítems donde las opciones de respuesta oscilan desde 0 (*Muy descontento*) hasta 10 (*Muy contento*). Los ítems del PWI-SC evalúan de forma relativamente genérica y abstracta la satisfacción subjetiva con un ámbito concreto de la vida. El primer ítem de la escala analiza «la vida como un todo». Los otros 7 ítems incluyen la satisfacción con: la salud, el nivel de vida, las cosas logradas en la vida, lo seguros que se sienten, los grupos de gente de los que forman parte, la seguridad en el futuro y las relaciones que tienen con otras personas. La escala global es el resultado de sumar los 7 ítems (excepto

el ítem 1). Por lo tanto, la puntuación total puede oscilar desde 0 a 70 puntos.

El PWI-SC ha mostrado adecuadas propiedades psicométricas en estudios previos internacionales y nacionales^{35,37,38}. En el presente trabajo, la fiabilidad de las puntuaciones estimada con el coeficiente alfa de Cronbach para la puntuación total fue de 0,83.

Escala Oviedo de Infrecuencia de Respuesta³⁹

La Escala Oviedo de Infrecuencia de Respuesta (INF-OV) se ha desarrollado para detectar a aquellos participantes que han respondido de forma azarosa, pseudoazarosa o deshonestas. La INF-OV es un instrumento de medida tipo autoinforme compuesto por 12 ítems en formato tipo *Likert* de 5 categorías en función del grado de adherencia desde 1 (*Completamente en desacuerdo*) hasta 5 (*Completamente de acuerdo*). Una vez dicotomizados los ítems, los alumnos que puntúan más de 2 ítems de forma incorrecta son eliminados del estudio. La INF-OV se ha utilizado en trabajos previos⁴⁰.

Procedimiento

La investigación fue aprobada por la Dirección General de Educación del Gobierno de La Rioja y el Comité Ético de Investigación Clínica de La Rioja (CEICLAR) (referencia PI-221).

La administración de los instrumentos de medida se realizó por ordenador y de forma colectiva en grupos de entre 10 y 30 participantes. Se utilizó un aula de cada centro escolar que se encontraba acondicionada para tal fin. Siempre se realizó dentro del horario escolar. Se informó en todo momento de la confidencialidad de las respuestas, así como del carácter voluntario de la participación y no se dio gratificación alguna por la colaboración en el estudio. Siempre que fue necesario se solicitó el consentimiento informado que autorizase la participación del adolescente en la investigación.

Este estudio se enmarca dentro de una investigación más amplia sobre bienestar emocional en la adolescencia donde se valoraban otras cuestiones como pudieran ser el funcionamiento neurocognitivo, el acoso escolar y el riesgo a trastorno mental grave.

Análisis de datos

Con la finalidad de investigar los objetivos propuestos se llevaron a cabo los siguientes análisis de datos.

En primer lugar, se examinó la prevalencia de ideación suicida tanto para la muestra total como en función del género y la edad. Para ello se computaron los porcentajes de respuestas afirmativas para cada ítem de la PSS así como en la puntuación total. Además, para analizar la existencia de diferencias estadísticamente significativas en las puntuaciones de la PSS se utilizaron las pruebas chi-cuadrado y *t* para muestras independientes.

En segundo lugar, se analizaron las propiedades psicométricas de las puntuaciones de la PSS. Para obtener evidencias de validez de estructura interna, se llevaron a cabo diferentes análisis factoriales confirmatorios. En la literatura previa no se dispone de información sobre otros posibles

modelos dimensionales por lo que únicamente se sometió a prueba un modelo unidimensional. El método de estimación fue el *Weighted Least Squares Mean and Variance Adjusted* (WLSMV). Los índices de bondad de ajuste utilizados fueron: el índice de ajuste comparativo (CFI), el índice de Tucker-Lewis (TLI), el error cuadrático medio de aproximación (RMSEA), y su intervalo de confianza al 95% (IC 95%), y la raíz cuadrática media residual ponderada (WRMR). Para que exista un buen ajuste de los datos al modelo, los valores de CFI y TLI deberían ser superiores a 0,95, y los valores RMSEA deberían ser inferiores a 0,08 para un ajuste razonable, e inferiores a 0,05 para un buen ajuste^{41,42}.

También se analizó la invarianza de medición en función del género para el modelo unidimensional. La invarianza de medición, o equivalencia factorial, comprueba si la estructura factorial del instrumento de medida es equivalente en función de los grupos que son objeto de comparación⁴³. Para ello se siguieron los pasos de restricción sucesiva de parámetros. Considerando la naturaleza dicotómica de las puntuaciones se sometieron a prueba la invarianza de medición configural y la invarianza de medición fuerte⁴⁴. El modelo de invarianza fuerte es conceptualmente equivalente al estudio del funcionamiento diferencial del ítem⁴⁵.

La fiabilidad de las puntuaciones se estimó mediante el alfa ordinal que permite una estimación adecuada del error de medición cuando las puntuaciones son de naturaleza ordinal o dicotómica⁴⁶. Como indicador de precisión del instrumento de medida, también se calculó la función de información desde la Teoría de Respuesta a los Ítems⁴⁷. La función de información permite analizar la precisión con la que se mide el constructo en función de la posición (puntuación) de la persona en la variable latente.

En tercer lugar, se seleccionó a aquellos participantes que respondieron afirmativamente al menos a un ítem de la PSS (ítems 3, 4 y 5). Como grupo de comparación se seleccionó a aquellos que no presentaban una respuesta afirmativa a ninguno de estos 3 ítems. Se realizó un MANCOVA donde los grupos de ideación suicida y de comparación fueron considerados factor fijo. La puntuación total de dificultades del SDQ, el ítem 1 y la puntuación total del PWI-SC fueron consideradas variables dependientes. El género y la edad fueron covariables.

Los análisis de datos se llevaron a cabo con el programa estadístico SPSS v22⁴⁸, FACTOR 10.5.01⁴⁹ y Mplus 7.4⁴⁴.

Resultados

Prevalencia de ideación suicida y su expresión en función del género y la edad

En la [tabla 2](#) se recoge el porcentaje de participantes que respondieron de forma afirmativa a los ítems de la PSS tanto para la muestra total como en función del género. Aproximadamente un 4% de la muestra indicó que había intentado quitarse la vida en el último año. También se examinó el porcentaje de participantes en la puntuación total de la PSS. Como se puede observar en la [figura 1](#), un 2,2% de la muestra obtuvo una puntuación de 5, mientras que un 4,7% de la muestra respondió al menos afirmativamente a 4 ítems. En este sentido, entre el 2,2% y el 6,9% de la muestra se encontraría con puntuación igual o superior a 4.

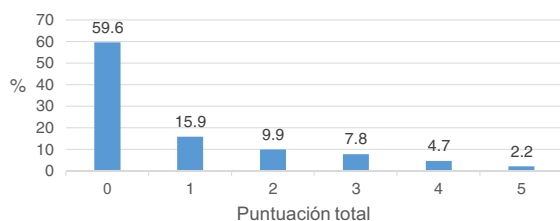


Figura 1 Porcentaje de participantes en función de la puntuación total en la Escala Paykel de Ideación Suicida.

Los resultados revelaron diferencias estadísticamente significativas en función del género en los ítems 1 ($\chi^2_{(1)} = 17,901$; $p < 0,01$), 2 ($\chi^2_{(1)} = 26,711$; $p < 0,01$), 3 ($\chi^2_{(1)} = 11,659$; $p < 0,01$) y 4 ($\chi^2_{(1)} = 5,011$; $p = 0,025$) y en la puntuación total ($M_{\text{hombres}} = 0,72$ [DT = 1,22]; $M_{\text{mujeres}} = 1,04$ [DT = 1,40]; $t_{(1662)} = -4,937$; $p < 0,001$, $d = 0,228$). No se encontraron diferencias en el ítem 5 (intención suicida) ($\chi^2_{(1)} = 2,979$; $p = 0,084$). En todos los casos, las mujeres presentaron una mayor proporción de respuestas afirmativas en comparación con los hombres. También se examinó si la expresión de la ideación suicida variaba en función de la edad. Los resultados se muestran en la [tabla 3](#). No se encontraron diferencias estadísticamente significativas ni en los 5 ítems ni en la puntuación total de la PSS ($p > 0,05$) en función de los grupos de edad.

Propiedades psicométricas de la Escala Paykel de Ideación Suicida: Estructura interna y fiabilidad

Antes de analizar la estructura interna de las puntuaciones de la PSS, se estudió el grado de asociación entre los ítems de la PSS. La matriz de correlaciones de los ítems se recoge en la [tabla 4](#). Como se puede observar los 5 ítems se encontraron fuertemente asociados, siendo todas las correlaciones estadísticamente significativas ($p < 0,01$).

El modelo unidimensional que consideraba la presencia de una única dimensión general de ideación suicida presentó adecuados índices de bondad de ajuste ($\chi^2 = 45,91$; $df = 5$; CFI = 0,993; TLI = 0,985; RMSEA = 0,070 [IC 95% = 0,057-0,089]; WRMR = 1,326). Las cargas factoriales estandarizadas resultantes se presentan en la [tabla 5](#).

A continuación, se sometió a prueba la hipótesis de invarianza de medición en función del género. Los índices de bondad de ajuste resultantes tanto en hombres ($\chi^2 = 24,27$; $df = 5$; CFI = 0,991; TLI = 0,982; RMSEA = 0,070 [IC 95% = 0,044-0,089]; WRMR = 0,888) como en mujeres ($\chi^2 = 24,001$; $df = 5$; CFI = 0,994; TLI = 0,988; RMSEA = 0,066 [IC 95% = 0,041-0,093]; WRMR = 1,020) fueron excelentes. Las cargas factoriales estandarizadas para hombres y mujeres se recogen en la [tabla 5](#).

Estos resultados indicaron que los datos se ajustaron al modelo en los 2 grupos y, por lo tanto, que es posible realizar el análisis de equivalencia factorial. El modelo de invarianza de medición configural (primer paso) presentó adecuados índices de bondad de ajuste ($\chi^2 = 47,87$; $df = 10$; CFI = 0,993; TLI = 0,986; RMSEA = 0,067 [IC 95% = 0,049-0,087]; WRMR = 1,322). Este modelo es considerado el modelo basal contra el cual se compara el supuesto de invarianza de medición fuerte (segundo paso, más restrictivo). Asimismo, los índices de bondad de ajuste del

modelo de invarianza de medición fuerte, restricción de igualdad de los umbrales entre los dos grupos, también fueron adecuados ($\chi^2 = 46,73$; $df = 13$; CFI = 0,994; TLI = 0,990; RMSEA = 0,056 [IC 95% = 0,039-0,074]; WRMR = 1,377). Tanto el ΔCFI , que fue inferior a 0,01, como el $\Delta\chi^2$, que no fue estadísticamente significativo ($\chi^2_{(3)} = 1,639$; $p = 0,650$), llevaron a aceptar la hipótesis de invarianza de medición fuerte, esto es, la equivalencia factorial de las puntuaciones de la PSS entre hombres y mujeres, y por tanto, la ausencia de funcionamiento diferencial de los ítems de la PSS en función del género.

La estimación de la fiabilidad de las puntuaciones de la PSS, estimada con el alfa ordinal, fue 0,93. En la [figura 2](#) se representa la función de la información para la puntuación total de la PSS. Como se puede observar, el instrumento de medida evalúa con mayor precisión los valores medios-altos de la variable latente (θ) y con mucha menor precisión los valores inferiores ($\theta \leq 0$).

Relación entre riesgo de ideación suicida, dificultades emocionales y comportamentales y bienestar emocional

El 23,2% ($n = 386$) de la muestra respondió afirmativamente al menos a un ítem de la PSS (ítems 3, 4 y 5) que preguntaba sobre ideación suicida o tentativa suicida previa.

El MANCOVA reveló la existencia de diferencias estadísticamente significativas tomando todas las variables en conjunto (λ de Wilks = 0,791, $F_{(3, 1658)} = 146,069$, $p < 0,001$, η^2 parcial = 0,209). Los ANOVA mostraron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos de ideación suicida y de comparación tanto para la puntuación Total de dificultades del SDQ ($M_{\text{riesgo}} = 15,11(5,25)$; $M_{\text{no-riesgo}} = 10,28(4,71)$; $F_{(1, 1664)} = 284,58$, $p < 0,001$, η^2 parcial = 0,146) como para el ítem 1 ($M_{\text{riesgo}} = 7,83(1,65)$; $M_{\text{no-riesgo}} = 6,06(2,05)$; $F_{(1, 1664)} = 300,49$, $p < 0,001$, η^2 parcial = 0,153) y la puntuación total del PWI-SC ($M_{\text{riesgo}} = 56,80(7,73)$; $M_{\text{no-riesgo}} = 49,50(20,32)$; $F_{(1, 1664)} = 221,04$, $p < 0,001$, η^2 parcial = 0,118). Los tamaños de efecto fueron moderados. Los participantes del grupo de ideación y tentativa suicida previa informaron, por término medio, de mayores dificultades emocionales y comportamentales y de menores niveles de bienestar emocional y satisfacción con la vida, respecto al grupo de comparación.

Discusión

El objetivo principal de este trabajo fue analizar la ideación suicida en una muestra representativa de adolescentes españoles. Para ello se estudió la prevalencia de ideación suicida y su expresión en función del género y la edad, se analizaron las propiedades psicométricas de la PSS¹⁶ y se examinó el ajuste socioemocional de participantes que informaban de ideación suicida y/o tentativa de suicidio previo.

Primero, los resultados obtenidos muestran que aproximadamente un 4% de los adolescentes ha realizado alguna tentativa de suicidio a lo largo de su vida. Más aún, el 6,9% de los jóvenes refirió un nivel de ideación suicida que se podría considerar como elevado (puntuación igual o superior a 4 puntos). Además, el primer ítem de la PSS, que

Tabla 3 Porcentaje de alumnos que respondieron de forma afirmativa a los ítems de la Escala Paykel de Ideación Suicida en función de la edad

Ítems	Porcentajes (%)				
	Grupos de edad en años				
	14	15	16	17	18-19
1. ¿Has sentido que la vida no merece la pena?	33,9	27,1	30,8	33,9	31
2. ¿Has deseado estar muerto? Por ejemplo, ir a dormir y desear no levantarte	27,7	19,9	24,4	24,9	22
3. ¿Has pensado en quitarte la vida aunque realmente no lo fueras a hacer?	26,8	21,8	21,5	20,9	18,7
4. ¿Has llegado al punto en el que considerarías realmente quitarte la vida o hiciste planes sobre cómo lo harías?	11,2	8,8	8,1	7	6,3
5. ¿Alguna vez has intentado quitarte la vida?	4	3,3	4,4	5,2	3

Tabla 4 Matriz de correlaciones tetracóricas entre los ítems de la Escala Paykel de Ideación Suicida

Ítems	1	2	3	4	5
1					
2	0,814*				
3	0,712*	0,797*			
4	0,706*	0,794*	0,865*		
5	0,539*	0,703*	0,622*	0,787*	

*p < 0,01.

Tabla 5 Cargas factoriales estandarizadas de la Escala Paykel de Ideación Suicida en la muestra total y en función del género

Ítems	Muestra total	Hombres	Mujeres
1	0,835	0,848	0,820
2	0,920	0,926	0,913
3	0,883	0,874	0,887
4	0,930	0,933	0,928
5	0,766	0,755	0,770

Todas las cargas fueron estadísticamente significativas (p < 0,01).

hace referencia a ideas pasivas de muerte, fue muy prevalente entre los adolescentes del estudio. Las tasas de prevalencia encontradas en la presente investigación, salvando las diferencias, resultan semejantes a las halladas en trabajos previos en adolescentes¹⁰⁻¹⁵. Por ejemplo, en un estudio multicéntrico en adolescentes europeos, utilizando la PSS¹⁶, se encontró que la prevalencia de ideación suicida era del 32,3%, mientras que de intentos de suicidio fue del 4,2%¹⁰. En España, con este mismo instrumento de medida, se encuentran tasas de prevalencia de ideación suicida del

orden del 7,5% y de intentos previos de suicidio del 3%¹¹. En revisiones previas se han hallado resultados similares tanto en conductas de suicidio como autolesivas en muestras de adolescentes¹². Es digno de mención que en función de a qué tipo de comportamientos se refiera la investigación, el tipo de muestra o el instrumento utilizado, las prevalencias y su expresión según diferentes correlatos sociodemográficos (p. ej., género, edad, cultura, etc.) puede oscilar considerablemente. Además, se tienen que considerar las dificultades

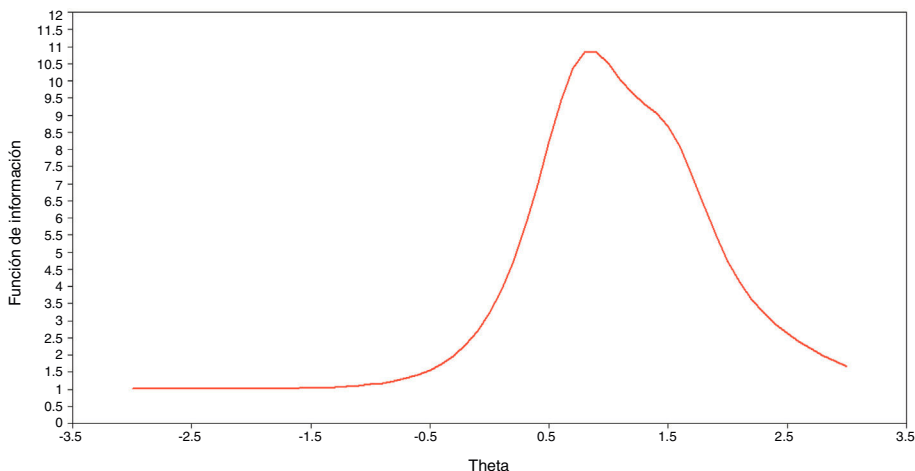


Figura 2 Función de información para la Escala Paykel de Ideación Suicida.

inherentes a la definición de este tipo de comportamientos y a su registro por las autoridades competentes, aspectos que influyen claramente en las tasas de prevalencia encontradas. En términos generales, muchos de los comportamientos suicidas referidos por la población general adulta y adolescente, y no en los sistemas asistenciales, se encuentran ocultos, solo llegando al sistema sanitario la «punta del iceberg», y existiendo, posiblemente, una clara infraestimación de este fenómeno.

Segundo, las mujeres presentaron una mayor prevalencia de ideación suicida, pero no de intentos previos, cuando se las comparó con los hombres. La ideación suicida no varió en función de la edad de los adolescentes. Referente al género, estudios previos realizados en población adolescente^{10,11} y adulta⁸ llegan a resultados totalmente parejos. Por ejemplo, Carli et al.¹⁰ encontraron que las mujeres presentaron una mayor prevalencia tanto de ideación suicida como de intentos previos cuando se les comparó con los hombres. Por su parte, Bousoño et al.¹¹, en una muestra representativa de adolescentes asturianos, encontraron que las mujeres referían más intentos previos de suicidio pero no mayor prevalencia de ideación suicida respecto a los hombres. Sea como fuere, los comportamientos suicidas, en cualquier expresión, parecen mostrar un patrón diferencial en función del género¹⁷. Más aún, durante la adolescencia parece ser que las mujeres se encuentran en una mayor situación de riesgo de comportamientos suicidas que los hombres en comparación con otros momentos del ciclo vital. Estos resultados son congruentes con estudios previos que ponen de manifiesto que las mujeres refieren mayores dificultades internalizantes^{32,50,51} que guardan relación con problemas de naturaleza emocional. Este aspecto explicaría en parte el porqué de las diferencias encontradas en ideación suicida, lógicamente además de otras variables biológicas, psicológicas y sociales^{52,53}. En referencia a la edad, aunque en el presente estudio no se hallaron diferencias, trabajos previos realizados en población adolescente habían encontrado que las tasas tanto de ideación suicida como de tentativas parecen variar en función de la edad, siendo más alta entre los adolescentes de mayor edad¹⁰. En población adulta española, estudios previos han mostrado que las ideas o planes de suicidio disminuyen a medida que aumenta la edad⁸.

Tercero, la PSS parece mostrar adecuadas propiedades psicométricas en la muestra representativa utilizada en esta investigación. Los resultados mostraron que el modelo unidimensional presentó un excelente ajuste a los datos. Además, este factor general demostró ser invariante en función del género, manifestando que los ítems de la PSS no funcionan diferencialmente, aspecto que garantiza la equivalencia en el proceso de medición⁵⁴. La fiabilidad estimada fue superior a 0,90. Además, desde el paradigma de la Teoría de Respuesta a los Ítems, la PSS midió con mayor precisión (menor error de medida) a aquellos participantes que presentaban mayores puntuaciones en el rasgo latente (ideación suicida). De este resultado se deduce que la PSS es una herramienta más precisa para medir a participantes que presentan puntuaciones elevadas en la variable latente. Por el momento, no se dispone de estudios previos que analicen la calidad psicométrica de la PSS en España pero los resultados parecen indicar que es un instrumento breve y adecuado para la valoración de este tipo de fenómenos en población adolescente española. Nuevos estudios deberían replicar estos

hallazgos en otras muestras de interés y analizar su capacidad predictiva. Sea como fuere, la evaluación fiable y válida de la ideación suicida es sumamente relevante ya que reconociendo y detectando precozmente a aquellas personas en condición de riesgo se puede mejorar el abordaje preventivo e implementar intervenciones profilácticas específicas. Estos resultados se suman a otras herramientas de las que dispone el clínico y el investigador para la evaluación de estos fenómenos y constructos relacionados¹⁹⁻²².

Cuarto, los resultados también han puesto de manifiesto que aquellos adolescentes que informaron de ideación y/o tentativa suicida, en contraste con el grupo de comparación, refirieron un menor bienestar emocional y satisfacción con la vida (indicador indirecto de calidad de vida), así como un mayor número de dificultades emocionales y conductuales. Estos resultados son totalmente convergentes con investigaciones previas. En este sentido, una amplia diversidad de trabajos demuestra de forma consistente que aquellos adolescentes que presentan comportamiento o intención suicida refieren, entre otros, un mayor número de problemas emocionales y conductuales, mayor consumo de sustancias, peor calidad de vida, peores niveles de apoyo social percibido, peor autoestima y más conductas de riesgo e impulsividad^{10-12,52,55}. Todos estos factores se configuran también como posibles marcadores de riesgo. Este grupo es altamente vulnerable no solo para que se desencadene un acto suicida en el futuro sino también para otra amplia variedad de problemas de salud mental, por lo que tal vez precisen de una intervención psicológica y/o educativa.

El presente trabajo no está exento de limitaciones; algunas de ellas se comentan a continuación. Primero, la ideación suicida fue evaluada con un instrumento tipo autoinforme con las correspondientes limitaciones de este tipo de herramientas. Segundo, la PSS es una escala breve compuesta por 5 ítems por lo que la información recogida se limita únicamente a pensamientos de muerte, ideación suicida e intentos de suicidio previos. Tercero, la muestra pertenece a una comunidad autónoma española (La Rioja) aspecto que, aunque se haya realizado un muestreo aleatorio estratificado por conglomerados, limita parcialmente la generalización de los resultados a todo el territorio español. Cuarto, es un estudio transversal por lo que no se pueden establecer relaciones de causa-efecto.

A pesar de estas limitaciones, el presente estudio analiza de manera rigurosa un problema sociosanitario de grandes implicaciones no solo individuales sino familiares y sociales. La prevención y detección de esta problemática resulta del todo trascendente⁵⁶. Prueba de ello es el surgimiento de numerosos informes, guías, programas y recomendaciones que han incorporado la prevención del comportamiento suicida dentro de las áreas de actuación prioritaria para una buena salud mental y promoción del bienestar emocional, como por ejemplo el *European Pact for Mental Health and Well-being*⁵⁷ o el informe de la OMS sobre la prevención del suicidio como un imperativo global³. Futuros estudios podrían realizar seguimientos longitudinales y recabar información de múltiples niveles de análisis (p. ej., genético, fisiológico, cerebral, cultural, etc.) así como su relación con otros factores de riesgo psicológicos (p. ej., bullying, consumo de sustancias, uso de Internet, experiencias psicóticas, etc.)⁵⁸⁻⁶¹. Del mismo modo, es sumamente interesante implementar nuevas tecnologías de la información (p. ej.,

Smartphone, apps) así como nuevos modelos psicométricos en el estudio del suicidio⁶². En las dos últimas décadas ha aumentado el interés por el estudio de la salud mental y el bienestar emocional de niños y adolescentes, si bien los esfuerzos destinados a este fin son aún insuficientes. Es evidente que muchas cuestiones quedan aún por abordar y resolver.

Responsabilidades éticas

Protección de personas y animales. Los autores declaran que los procedimientos seguidos se conformaron a las normas éticas del comité de experimentación humana responsable y de acuerdo con la Asociación Médica Mundial y la Declaración de Helsinki.

Confidencialidad de los datos. Los autores declaran que han seguido los protocolos de su centro de trabajo sobre la publicación de datos de pacientes.

Derecho a la privacidad y consentimiento informado. Los autores han obtenido el consentimiento informado de los pacientes y/o sujetos referidos en el artículo. Este documento obra en poder del autor de correspondencia.

Financiación

Esta investigación ha sido financiada por el Ministerio de Ciencia e Innovación de España (MICINN), por el Instituto Carlos III, Centro de Investigación Biomédica en Red de Salud Mental (CIBERSAM) y por la Convocatoria 2015 de Ayudas Fundación BBVA a Investigadores y Creadores Culturales. Referencias de los proyectos: PSI2011-28638, PSI 2011-23818 y PSI2014-56114-P.

Conflicto de intereses

Ninguno.

Bibliografía

- Gore FM, Bloem PJ, Patton GC, Ferguson J, Joseph V, Coffey C, et al. Global burden of disease in young people aged 10-24 years: A systematic analysis. *Lancet*. 2011;18:2093-102.
- Catalá-López F, Génova-Maleras R, Álvarez-Martín E, de Larrea-Baz NF, Morant-Ginestar C. Carga de enfermedad en adolescentes y jóvenes en España. *Rev Psiquiatr Salud Ment*. 2013;6:80-5.
- Organización Mundial de la Salud (OMS). Prevención del suicidio un imperativo global: Epidemiología mundial del suicidio y de los intentos de suicidio. Ginebra: OMS; 2014.
- Organización Mundial de la Salud (OMS). Ginebra, Suiza: OMS [descargado 23 Jul]. Disponible en: http://www.who.int/mental_health/suicide-prevention/es/
- Santurtún M, Santurtún A, Zarrabeitiab M. ¿Afecta el medio a los suicidios que se cometen en España? Análisis descriptivo del patrón temporoespacial. *Rev Psiquiatr Salud Ment*. 2017.
- Instituto Nacional de Estadística (INE). Defunciones por causas (lista detallada) sexo y edad. Madrid: Instituto Nacional de Estadística; 2013.
- Navarro-Gómez N. El suicidio en jóvenes en España: cifras y posibles causas. Análisis de los últimos datos disponibles. *Clínica y Salud*. 2017;10:13-26.
- Gabilondo A, Alonso J, Pinto-Meza A, Vilagut G, Fernández A, Serrano-Blanco A, et al. Prevalencia y factores de riesgo de las ideas, planes e intentos de suicidio en la población general española. Resultados del estudio ESEMeD. *Med Clin (Barc)*. 2007;129:494-500.
- Bernal M, Haro JM, Bernert S, Brugha T, de Graaf R, Bruffaerts R, et al. Risk factors for suicidality in Europe: Results from the ESEMED study. *J Affect Disord*. 2007;101:27-34.
- Carli V, Hoven CW, Wasserman C, Chiesa F, Guffanti G, Sarchiapone M, et al. A newly identified group of adolescents at "invisible" risk for psychopathology and suicidal behavior: findings from the SEYLE study. *World Psychiatry*. 2014;13:78-86.
- Bousoño M, Al-Halabí S, Burón P, Garrido M, Díaz-Mesa EM, Galván G, et al. Uso y abuso de sustancias psicotrópicas e internet, psicopatología e ideación suicida en adolescentes. *Adicciones*. 2017;29:97-104.
- Hawton K, Saunders KEA, O'Connor RC. Self-harm and suicide in adolescents. *Lancet*. 2012;379:2373-82.
- McMahon EM, Keeley H, Cannon M, Arensman E, Perry IJ, Clarke M, et al. The iceberg of suicide and self-harm in Irish adolescents: A population-based study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2014;49:1929-35.
- Kokkevi A, Rotsika V, Arapaki A, Richardson C. Adolescents' self-reported suicide attempts, self-harm thoughts and their correlates across 17 European countries. *J Child Psychol Psychiatry*. 2012;53:381-9.
- Kölves K, de Leo D. Adolescent suicide rates between 1990 and 2009: Analysis of age group 15-19 years worldwide. *J Adolesc Health*. 2016;58:69-77.
- Paykel ES, Myers JK, Lindenthal JJ, Tanner J. Suicidal feelings in the general population: A prevalence study. *Br J Psychiatry*. 1974;214:460-9.
- Alvaro-Meca A, Kneib T, Gil-Prieto R, Gil de Miguel A. Epidemiology of suicide in Spain, 1981-2008: A spatiotemporal analysis. *Public Health*. 2013;127:380-5.
- Anseán A. Suicidios: manual de prevención intervención y postvención de la conducta suicida. 2.ª ed. revisada Madrid: Fundación Salud Mental; 2014.
- Ayuso-Mateos JL, Baca-García E, Bobes J, Giner J, Giner L, Pérez V, et al. Recomendaciones preventivas y manejo del comportamiento suicida en España. *Rev Psiquiatr Salud Ment*. 2012;5:8-23.
- Al-Halabí S, Sáiz PA, Burón P, Garrido M, Benabarre A, Jiménez E, et al. Validación de la versión en español de la Columbia-Suicide Severity Rating Scale (Escala Columbia para Evaluar el Riesgo de Suicidio). *Rev Psiquiatr Salud Ment*. 2016;9:134-42.
- Batterham PJ, Ftanou M, Pirkis J, Brewer JL, Mackinnon AJ, Beautrais A, et al. A systematic review and evaluation of measures for suicidal ideation and behaviors in population-based research. *Psychol Assess*. 2015;27:501-12.
- Kodaka M, Postuvan V, Inagaki M, Yamada M. A systematic review of scales that measure attitudes toward suicide. *Int J Soc Psychiatry [Internet]*. 2011;57:338-61.
- Sterud T, Hem E, Lau B, Ekeberg Ø. Suicidal ideation and suicide attempts in a nationwide sample of operational Norwegian ambulance personnel. *J Occup Health*. 2008;50:406-14.
- Beautrais AL, Joyce PR, Mulder RT. Personality traits and cognitive styles as risk factors for serious suicide attempts among young people. *Suicide Life-Threatening Behav*. 1999;29:37-47.
- Gini G, Espelage DL. Peer victimization cyberbullying, and suicide risk in children and adolescents. *JAMA*. 2014;312:545-6.
- Kann L, Kinchen S, Shanklin SL, Flint KH, Kawkins J, Harris Wa, et al. Youth risk behavior surveillance-United States, 2013. *MMWR Surveill Summ*. 2014;63 Suppl 4:1-168.

27. Kelleher I, Corcoran P, Keeley H, Wigman JT, Devlin N, Ramsay H, et al. Psychotic symptoms and population risk for suicide attempt: A prospective cohort study. *JAMA Psychiatry*. 2013;70:940–8.
28. Schneider B, Kolves K, Blettner M, Wetterling T, Schnabel A, Varnik A. Substance use disorders as risk factors for suicide in an Eastern and a Central European city (Tallinn and Frankfurt/Main). *Psychiatry Res*. 2009;165:263–72.
29. Goodman R. The strengths and difficulties questionnaire: A research note. *J Child Psychol Psychiatry*. 1997;38:581–6.
30. Ortuño-Sierra J, Fonseca-Pedrero E, Inchausti F, Sastre i Riba S. Evaluación de dificultades emocionales y comportamentales en población infanto-juvenil: El cuestionario de capacidades y dificultades (SDQ). *Papeles del Psicol*. 2016;37:14–26.
31. Fonseca-Pedrero E, Paino M, Lemos-Giráldez S, Muñiz J. Prevalencia de la sintomatología emocional y comportamental en adolescentes españoles a través del Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ). *Rev Psicopatología y Psicol Clínica*. 2011;16:15–25.
32. Ortuño-Sierra J, Fonseca-Pedrero E, Paino M, Aritio-Solana R. Prevalencia de síntomas emocionales y comportamentales en adolescentes españoles. *Rev Psiquiatr Salud Ment*. 2014;7:121–30.
33. Ortuño-Sierra J, Fonseca-Pedrero E, Paino M, Sastre i Riba S, Muñiz J. Psychometric properties of the strengths and difficulties questionnaire self-reported version in Spanish adolescents. *J Adolesc*. 2015;38:49–56.
34. Ortuño-Sierra J, Fonseca-Pedrero E, Aritio-Solana R, Velasco AM, de Luis EC, Schumann G, et al. New evidence of factor structure and measurement invariance of the SDQ across five European nations. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2015;24:1523–34.
35. Cummins RA, Lau ADL. *Personal Wellbeing Index-School Children (PWI-SC)*. 3rd ed. Melbourne: Deakin University; 2005.
36. Tomy AJ, Norrish JM, Cummins RA. The subjective wellbeing of indigenous Australian adolescents: Validating the Personal Wellbeing Index-School Children. *Soc Indic Res*. 2013;110:1013–31.
37. Tomy AJ, Cummins RA. The subjective wellbeing of high-school students: Validating the Personal Wellbeing Index-School Children. *Soc Indic Res*. 2011;101:405–18.
38. González-Carrasco M, Casas F, Malo S, Viñas F, Dinisman T. Changes with age in subjective well-being through the adolescent years: Differences by gender. *J Happiness Stud*. 2017;18:63–88.
39. Fonseca-Pedrero E, Lemos-Giráldez S, Paino M, Villazón-García U, Muñiz J. Validation of the Schizotypal Personality Questionnaire Brief form in adolescents. *Schizophr Res*. 2009;111:53–60.
40. Fonseca-Pedrero E, Lemos-Giráldez S, Paino M, Muñiz J. Schizotypy, emotional-behavioural problems and personality disorder traits in a non-clinical adolescent population. *Psychiatry Res*. 2011;190:316–21.
41. Hu L-T, Bentler PM. Cut off criteria for fit indexes in covariance structure analysis: Conventional criteria versus new alternatives. *Struct Equ Model*. 1999;6:1–55.
42. Brown TA. *Confirmatory factor analysis for applied research*. New York: Guilford Press; 2006.
43. Byrne B. *Structural equation modeling with Mplus: Basic concepts, applications and programming*. New York: Routledge Taylor & Francis Group; 2012.
44. Muthén LK, Muthén BO. *Mplus user's guide*. Seventh Edition Los Angeles, CA: Muthén & Muthén; 1998-2012.
45. Yu CY, Muthén BO. Evaluation of model fit indices for latent variable models with categorical and continuous outcomes (technical report). Los Angeles: UCLA: Graduate School of Education and Information Studies; 2002.
46. Zumbo BD, Gadermann AM, Zeisser C. Ordinal versions of coefficients alpha and theta for Likert rating scales. *J Mod Appl Stat Methods*. 2007;6:21–9.
47. Muñiz J. *Introducción a la Teoría de Respuesta a los ítems*. Madrid: Pirámide; 1997.
48. IBM Corp Released. *IBM SPSS Statistics for Windows, Version 22.0*. Armonk, NY: IBM Corp; 2013.
49. Ferrando PJ, Lorenzo-seva U. Program FACTOR at 10: Origins, development and future directions. *Psicothema*. 2017;29:236–40.
50. Fonseca-Pedrero E, Sierra-Baigrie S, Lemos Giraldez S, Paino M, Muñiz J. Dimensional structure and measurement invariance of the Youth Self-Report across gender and age. *J Adolesc Health*. 2012;50:148–53.
51. Achenbach TM. *Manual for the Teacher's Report Form and 1991 profile*. Burlington: University of Vermont, Department of Psychiatry; 1991.
52. O'Connor RC, Nock MK. The psychology of suicidal behaviour. *Lancet Psychiatry*. 2014;1:73–85.
53. Turecki G, Brent DA. Suicide and suicidal behaviour. *Lancet*. 2016;387:1227–39.
54. American Educational Research Association, American Psychological Association & National Council on Measurement in Education. *Standards for educational and psychological testing*. Washington, DC: Author; 2014.
55. Sarchiapone M, Mandelli L, Carli V, Iosue M, Wasserman C, Hadlaczky G, et al. Hours of sleep in adolescents and its association with anxiety, emotional concerns, and suicidal ideation. *Sleep Med*. 2014;15:248–54.
56. Sáiz P, Bobes J. Prevención del suicidio en España: una necesidad clínica no resuelta. *Rev Psiquiatr Salud Ment*. 2014;7:1–4.
57. World Health Organisation Europe. *The European pact on mental health*. Brussels: Slovenian Presidency of the European Union; 2008 [consultado 1 Sep 2017]. Disponible en: http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/mental/docs/pact_en.pdf
58. Caravaca Sánchez F, Navarro-Zaragoza J, Luna Ruiz-Cabello A, Falcón Romero M, Luna Maldonado A. Asociación entre victimización por bullying y consumo de sustancias entre la población universitaria de España. *Adicciones*. 2017;29:22–32.
59. Golpe S, Gómez P, Braña T, Varela J, Rial A. Relación entre el consumo de alcohol y otras drogas y el uso problemático de Internet en adolescentes. *Adicciones*. 2017.
60. Fonseca Pedrero E, Debbané M. Schizotypal traits and psychotic-like experiences during adolescence: An update. *Psicothema*. 2017;29:5–17.
61. Golpe S, Isorna M, Barreiro C, Braña T, Rial A. Consumo intensivo de alcohol en adolescentes: prevalencia, conductas de riesgo y variables asociadas. *Adicciones*. 2017.
62. Fonseca-Pedrero E. Análisis de redes: ¿una nueva forma de comprender la psicopatología? *Rev Psiquiatr Salud Ment*. 2017.